

ハマノコンタクト 紹介カード

(家族・知人)

様を紹介いたします。

ご紹介者氏名

診察券番号(または生年月日)

- *上記個人情報、上記の目的及び今後のお知らせ発送以外には使用致しません。
- *コンタクトレンズは高度管理医療機器です。健康保険証をお持ち下さい。
- *上記にご紹介者の記載がない場合は特典がお送りできません。必ずご記入下さい。