



単焦点度付レンズ申込書

ごあいさつ

このたびは、『HI-GOLD ハイゴールド HSG-002』をお買い上げ頂き、誠にありがとうございました。

単焦点度付レンズをお申込の前に、ご注意・ご記入方法を良くお読み頂きお申し込み下さい。

測定・記入ミスによるレンズ交換はお受けいたしかねますので、あらかじめご了承下さい。

ご注意：

本製品に使用する単焦点度付レンズは、レジャー等に簡易的にご利用いただけるもので、常用で視力矯正するものではありません。医学的・光学的正確な矯正数値を要する場合、もしくは強度近視・強度乱視・遠視・老眼その他医師による診断等が必要な方には対応致しておりません。そのような場合は、ご購入前に眼科・眼鏡店にご相談下さい。

長時間のご使用は避け、使用中に万一不快感や視力異常を感じたときには、すぐに使用を止め、眼科・眼鏡店にご相談下さい。レンズ度数は、眼科・眼鏡店にて把握・お調べいただく事をお奨めします。

直射日光や高温になる場所（自動車内等）に長時間保管しないで下さい。変形・破損の原因となります。

小児の手の届かないところに保管して下さい。

単焦点度付レンズは1つのサングラスにつき、1セット・1回のみ発送させていただきます。到着後はあらかじめセットされていたインナーフレーム（クリップ）と交換し、取り外したものは予備として保管して下さい。

単焦点度付レンズのお申込について：

必ず全ての項目にご記入下さい。未記入がありますとレンズ作成・発送が出来ません。

『単焦点度付レンズ管理番号』の未記入・重複している場合は、お受けできません。

レンズ発送は弊社指定メール便のみとさせていただきます。発送方法のご指定はお受け致しかねます。

トラブル回避の為、お電話にてのお申込はお受けできません。

マンション・アパートにお住まいの場合は建物名・階数・部屋番号等も正確にご記入下さい。記入いただけない場合は、レンズのお届けが出来ないケースがあります。

対応できる度数について：

単焦点度付レンズの対応度数は、S：-0.25～-8.00まで、乱視C：-0.25～-2.00までの0.25刻みとなります。

またこれ以上の度数の場合は、眼科・眼鏡店にご相談下さい。

近視ユーザー様へ単焦点度付レンズ使用をもとに製造されておりますので遠視・老眼（+X.XX）、遠近両用（2重焦点）等是对応致しておりません。また、高度数の場合は、弊社からご相談させて頂く場合があります。

レンズ度数の変更・追加等の場合は、別途¥2,100（税込）にてお受け致しております。

お申込み日	平成 年 月 日					
製品番号	HSG-002			カラー番号	COI.①	
レンズ度数	右眼用	(*-0.25～-8.00の範囲で)	瞳孔距離 (PD)	(*50～78の範囲で)	乱視度数	(*-0.25～-2.00の範囲で) (*0～180の範囲で)
	左眼用	(*-0.25～-8.00の範囲で)				(*-0.25～-2.00の範囲で) (*0～180の範囲で)
備考欄						
発送先ご住所			〒 ー 都道府県			
お名前						
お電話番号			() ー			

単焦点度付レンズ申込書のご記入方法

- ①事前にご希望のレンズ度数・瞳孔距離をご準備下さい。(度数でお困りの場合はお近くの眼科・眼鏡店へご相談下さい)
- ②購入された販売店様にてお買い上げ日、販売店名を記入頂いて下さい。
- ③購入日をご記入下さい。(お間違えの無いよう、送信前に確認をお願い致します)
- ④ご希望のレンズ度数を-0.25～-8.00(0.25刻み)の範囲にてご記入ください。
また乱視の場合は乱視度数を-0.25～-2.00(0.25刻み)の範囲から記入いただき、乱視角もご記入下さい。
*0.25刻みのレンズ度数ですので、『-2.86』等の詳細度数の場合は近い方をお選び下さい)
*コンタクト度数のご記入はご遠慮下さい。
- ⑤ご希望の瞳孔距離(PD)を50～78mm(1mm刻み)の範囲でご記入下さい。(ピントを合わせる為に正確な瞳孔距離(PD)をご記入下さい)
- ⑥発送先住所をご記入下さい。(マンション・アパートにお住まいの場合は建物名・階数・部屋番号等も正確にご記入下さい)
- ⑦お名前をご記入下さい。
- ⑧お電話番号をご記入下さい。(弊社から記入された度数等について、お問合せさせて頂く事がございます)
- ⑨下記ファックス番号・特設サイトから送信して下さい。(お間違いの無いよう、送信前に確認をお願い致します)
- ⑩通常7～10営業日(休・祝日、弊社規定休業日を除く)でご記入されたご住所へ発送させていただきます。
(弊社指定メール便にて発送致しますので、ポスト投函となります)
- ⑪単焦点度付レンズを希望の場合は、ご購入者様にて別途レンズ代金を弊社まで¥2,100(税込)ご入金下さい。
ご入金頂く場合は、単焦点度付レンズ管理番号をお手元にご用意頂き、下記お問合せ電話番号[0778-53-1463]までお問合せ下さい。
*単焦点度付レンズの発送はレンズ代金のご入金を確認後の発送となります。

- ご記入ありがとうございました。本申込書を下記専用ファックスに送信し、単焦点レンズの到着まで大切に保管してください。

お申込専用ファックス番号：**0778-53-1464**

*番号のお間違えのない様ご注意ください。

- 度付レンズに関してのお問い合わせ先

(株)フォルクス

〒916-0013 福井県鯖江市鳥羽1-1303

お問い合わせ電話番号 0778-53-1463(予め、この用紙右下の[管理番号]をご用意下さい。なお、お電話にてのお申込みはお受けできません)

お買い上げ日	平成 年 月 日			単焦点度付レンズ管理番号
販売店	住所・店名		印	
	電話	()		NO. HSG-