



Q1. コンタクトの使用経験はありますか？

はい いいえ → Q4へ

Q2. 現在お使いのレンズと同じものを希望されますか？

はい いいえ → Q4へ

Q3. レンズの種類（メーカー）は何ですか？

()

Q4. レンズの種類のご希望はありますか？ <複数回答可>

ハード 1day サークル／カラーレンズ
 ソフト 2week 乱視用レンズ
 特に決めていない 遠近両用レンズ

Q5. 使い捨てコンタクトレンズをご希望の方は、何ヶ月分ご購入希望ですか？

1ヶ月分 3ヶ月分 6ヶ月分

お名前	生年月日	年	月	日
ご住所 〒				
電話番号	メールアドレス			

こちらのアンケートに基づいて、お客様に合ったコンタクトレンズをご案内させていただきます。アンケートと引き換えに、本日から使えるお得なクーポン券を差し上げます！

