

ご紹介優待プログラム会員番号		神戸神奈川アイクリニック 診察券No.	
_____		_____	
ご紹介下さった方 (会員様)のお名前	フリガナ		
	様		
手術を受けられる方 のお名前	フリガナ		
	様		

※上記に漏れや誤りがある場合は、ご紹介優待プログラムの対象になりませんので十分ご注意下さい。

※本ご紹介用紙をお会計時までに受付へお渡しください。

※上記に会員番号を必ずご記入ください。また、会員様が神戸神奈川アイクリニックの診察券をお持ちの場合は、診察券No.もご記入ください。

※スーパークリアメイト会員番号をお持ちの方は、ご紹介優待プログラム会員番号欄にそのままご記入下さい。

運営:株式会社アドバンスト・マーク