別紙様式

互

眼鏡調整・修理票

氏　名		昭和 平成　　年　　月　　日生

1（眼鏡・コンタクト）調整　※該当を〇で囲む

(1) 区　分		近用・遠用・両用 ※該当を〇で囲む		(5) 特記事項
(2) レンズ度数		R（右）	L（左）	
	S	D	D	
	C	D	D	
	AX	°	°	
	ADD	°	°	
(3) 視　力	区　分	R（右）	L（左）	
	裸　眼			
	矯　正			
(4) フレーム		種　類：　メタル・チタン・カーボン その他（　　　　） 品　番：		

2 修 理　※修理の場合は、視力矯正用眼鏡に限ります。

(1) 修理個所	フレーム その他（　　　　）	(3) 特記事項
(2) フレーム	種　類：　メタル・チタン・カーボン その他（　　　　） 品　番：	

眼鏡調整（修理）実施年月日　　令和　　年　　月　　日

（〒　　－　　）（℡　　－　　－　　）

住　所

販売店 名　称

代表者名

※ 証明月日は、特別の事情がない限り、請求書の証明月日と同日としてください。

（一財）岩手県教職員互助会