

東京支店
限定企画

〈歯科医院スタッフ様向け〉



ティオン ホーム プラチナ トライアルキャンペーン



ティオン ホーム プラチナ スターターキット

〈セット内容〉

- ホームホワイトニング材 (2.5mL) 4本
- トレーシート 2枚
- トレーケース 1個
- シェードガイド 1枚
- ペーパーバッグ 1袋

高度管理医療機器 22900BZX00205000

希望医院価格
¥6,500

トライアルキャンペーン特別価格!

〈ご購入対象者〉

歯科医師・歯科衛生士・院内スタッフの方々が対象です。

- お一人様1セット限定
- ご購入いただきますとご購入情報として、弊社でお名前をご登録させていただきます。
- 実際に歯科医院にご勤務されていない方のご購入はお断りさせていただきます。
- 一歯科医院で極端に大量なご注文の場合はお断りすることがございますので予めご了承ください。
- 必ず歯科医師の指導のもとで使用ください。

●ご購入者名欄が足りない場合は、本申込書をコピーいただくか、お取引先販売店へ新たな申込書をご請求ください。

当医院はトライアル品を患者さんへ使用しないことについて、
右申込日の記入を以って同意します。

申込日 2022年 月 日

ジーシー記入欄
登録日 2022年 月 日

※申込日のご記入がなかった場合、本書を販売店様にお渡し頂いたことを以って、本同意を頂いたものとみなします。

質問1 貴院にてホワイトニング施術を行っていますか？ はい ・ いいえ

質問2 〈質問1で「はい」と回答した方〉ご使用のホワイトニング材をお教えてください。

【オフィス】 TION ・ TION以外（ ） ・ 施術していない

【ホー ム】 TIONホーム プラチナ ・ TION以外（ ） ・ 施術していない

貴医院名	ご住所 〒
お取引販売店	TEL () FAX ()

ご購入者名（※必ずフルネームをカタカナでご記入ください。） Dr・DH・院内スタッフ （※該当を○で囲んでください）	登録番号	ご購入者名（※必ずフルネームをカタカナでご記入ください。） Dr・DH・院内スタッフ （※該当を○で囲んでください）	登録番号
--	------	--	------

ご購入者名（※必ずフルネームをカタカナでご記入ください。） Dr・DH・院内スタッフ （※該当を○で囲んでください）	登録番号	ご購入者名（※必ずフルネームをカタカナでご記入ください。） Dr・DH・院内スタッフ （※該当を○で囲んでください）	登録番号
--	------	--	------

ご購入者名（※必ずフルネームをカタカナでご記入ください。） Dr・DH・院内スタッフ （※該当を○で囲んでください）	登録番号	ご購入者名（※必ずフルネームをカタカナでご記入ください。） Dr・DH・院内スタッフ （※該当を○で囲んでください）	登録番号
--	------	--	------

ご購入者名（※必ずフルネームをカタカナでご記入ください。） Dr・DH・院内スタッフ （※該当を○で囲んでください）	登録番号	ご購入者名（※必ずフルネームをカタカナでご記入ください。） Dr・DH・院内スタッフ （※該当を○で囲んでください）	登録番号
--	------	--	------

ご購入者名（※必ずフルネームをカタカナでご記入ください。） Dr・DH・院内スタッフ （※該当を○で囲んでください）	登録番号	ご購入者名（※必ずフルネームをカタカナでご記入ください。） Dr・DH・院内スタッフ （※該当を○で囲んでください）	登録番号
--	------	--	------

ご購入者名（※必ずフルネームをカタカナでご記入ください。） Dr・DH・院内スタッフ （※該当を○で囲んでください）	登録番号	ご購入者名（※必ずフルネームをカタカナでご記入ください。） Dr・DH・院内スタッフ （※該当を○で囲んでください）	登録番号
--	------	--	------

※ご記入いただきました個人情報は、ご注文品の受注発注業務並びに今後の弊社製品やセミナーのご案内に活用させていただきます。また、頂いた個人情報は記載の目的において弊社グループ会社及び弊社販売店に提供することがございます。
※数量に限りがありますので、期間中でも完売になり次第終了させていただきます。あらかじめご了承ください。

株式会社 ジーシー

●東京支店

TEL:(03)3813-5751

FAX:(03)3815-1518

ご用命は