

TiON®

〈歯科医院スタッフ様向け〉

コロナ禍での皆様のご対応に感謝しております!!

ティオン ホーム プラチナ トライアルキャンペーン

キャンペーン期間

2022/11/21 ▶ 12/20

【数量限定】

要冷蔵



- 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使用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願います。
- 必ず歯科医師の指導のもとご使用ください。

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

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	貴医院住所 〒		
お取引販売店名			
支店・営業所	担当 ()	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。)	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。)	登録番号
Dr・DH・院内スタッフ (※該当を○で囲んでください)		Dr・DH・院内スタッフ (※該当を○で囲んでください)	

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。)	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。)	登録番号
Dr・DH・院内スタッフ (※該当を○で囲んでください)		Dr・DH・院内スタッフ (※該当を○で囲んでください)	

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。)	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。)	登録番号
Dr・DH・院内スタッフ (※該当を○で囲んでください)		Dr・DH・院内スタッフ (※該当を○で囲んでください)	

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。)	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。)	登録番号
Dr・DH・院内スタッフ (※該当を○で囲んでください)		Dr・DH・院内スタッフ (※該当を○で囲んでください)	

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。)	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。)	登録番号
Dr・DH・院内スタッフ (※該当を○で囲んでください)		Dr・DH・院内スタッフ (※該当を○で囲んでください)	

※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

●九州営業所

TEL:(092)441-1286

FAX:(092)473-1745

ご用命は