



# 音波振動歯ブラシ ジーシー プリニアスマイル PRINIA Smile

GC



プリニアスマイルは日本歯科医師会より歯科保健・  
歯科医療の発展及び普及に寄与し、安心・安全に  
使用できる歯科衛生製品として推薦されました。  
(品質・性能等を保証するものではありません)

わずか  
90g!  
軽い!

## トライアル キャンペーン

### キャンペーン期間

2024年

4月1日月 ~ 4月30日火

歯科医師・歯科衛生士・院内スタッフの方々を対象に、  
「プリニアスマイル トライアルキャンペーン」を実施いたします。  
是非、この機会にお試しいただき、  
プリニアスマイルの良さを体感してください。

音波振動 歯科用  
歯ブラシ

ジーシー プリニアスマイル

### PRINIA Smile の特長

#### 1 簡単操作でツルツルの歯に



#### 2 いつもの歯ブラシのように磨ける



#### 3 ポイント磨きや 仕上げ磨きもできる



PRINIA

Clean  
Normal  
S-soft



### ご購入対象者 歯科医師・歯科衛生士 院内スタッフのみなさま

※歯科医師・歯科衛生士・院内スタッフの方々対象の特別価格  
ですので、患者さんへの販売はご遠慮ください。

### 数量限定 お一人様1セット限定 トライアルパック特別価格

# ¥7,480

ご参考

通常品 プリニアスマイル  
希望医院価格 ¥9,350 希望患者価格 ¥11,000(税込)

#### プリニアスマイル トライアルパックのセット内容

- プリニアスマイル本体 …… 1台
- マルチフィットブラシ …… 1本
- 密集極細毛ブラシ …… 1本
- ワンタフトブラシ …… 1本
- 充電器 …… 1個

※通常品とはパッケージが異なります。

Tooth Pad™

受付用CM動画  
ブラッシング指導動画

は、こちらからどうぞ!



- ・ご購入情報として、弊社でお名前を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。
- ・一歯科医院に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。
- ・キャンペーンの対象製品は医療機器ではありません。
- ・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。予めご了承願います。

トライアルパックのお申し込みは裏面へ!



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データ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願います。

## プリニア スマイル トライアル キャンペーン 申込用紙

【キャンペーン期間】 2024年4月1日(月)～4月30日(火)

(下記申込用紙の **太枠欄** に必要事項をご記入ください)

●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パックを患者さんに転売しないことに  
同意します。

申込日 2024年 月 日

登録日 2024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。

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

※ご記入いただきました個人情報、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事がございます。

### 株式会社 ジーシー

- 支店 ●東京(03)3813-5751  
●大阪(06)4790-7333  
営業所 ●北海道(011)729-2130  
●東北(022)207-3370  
●名古屋(052)757-5722  
●九州(092)441-1286

ご用命は

株式会社マルヤマ歯科商店