

CR-249 E ケアマットレス見積依頼シート

お客様情報		※は必ずご記入をお願いします。
会社名※		
ご所属※		
お名前※		
ご住所※	〒 -	
電話※		
FAX※		
Eメール		

納品先※ 施設名・病院名	
-----------------	--

該当に☒ください。

今回お見積りのご希望は

☐ マットレスセット (マット本体、カバー)

☐ カバー単体

※次頁以降に 3 種類の寸法確認シートをご用意しております。

該当する寸法確認シートにご記入のうえ、本見積依頼とあわせて FAX をお願いいたします。

※お申込受付後、担当営業より連絡させていただきます。

ご記入後はこちらまで

FAX : 0120-40-4165

寸法確認シート(長方形タイプ) CR-249 Eケアマットレス

下図の 2 つの寸法をご確認いただき、必要事項をご記入ください。



測定箇所	長さ (単位はミリメートル)
寸法 A	mm
寸法 B	mm

ご注文数量	枚
-------	---

備考

寸法確認シート（4角面取りタイプ） CR-249 Eケアマットレス

下図の寸法をご確認いただき、必要事項をご記入ください。



測定箇所	長さ（単位はミリメートル）	測定箇所	長さ（単位はミリメートル）
寸法 A	mm	寸法 F	mm
寸法 B	mm	寸法 G	mm
寸法 C	mm	寸法 H	mm
寸法 D	mm	寸法 I	mm
寸法 E	mm	寸法 J	mm

※面取りの必要がない角は、0mm とご記入ください。

ご注文数量

枚

備考

寸法確認シート(特殊形状) CR-249 Eケアマットレス

ご要望の形状、仕様、寸法をご記入ください。
詳細の表記が難しい場合は、大まかな外観のイラスト、または外観写真をご提供ください。
お客様にご確認をいただく必要のある測定箇所を図面にて返信いたします。

ご注文数量

枚

備考