

CR-229 ペディ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

※次頁に寸法確認シートをご用意しております。

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。

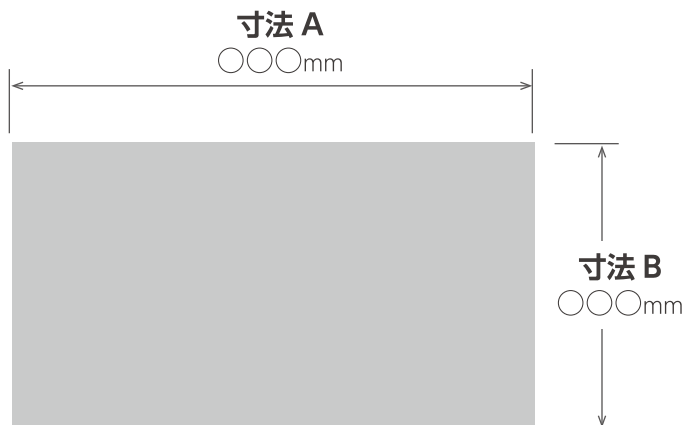
※お申込受付後、担当営業より連絡させていただきます。

ご記入後はこちらまで

FAX : 0120-40-4165

寸法確認シート CR-229 ペディケアマットレス

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
