

CR-219 N 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。

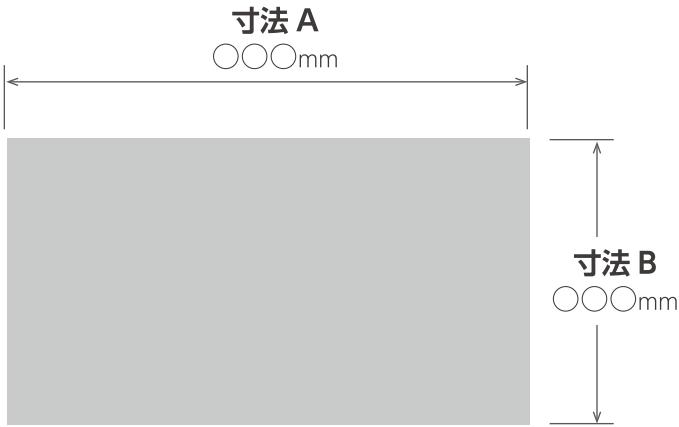
※お申込受付後、担当営業より連絡させていただきます。

ご記入後はこちらまで

FAX : 0120-40-4165

寸法確認シート CR-219 N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