

試し履き依頼書

令和 年 月 日

福祉用具 TOMO 宛 TEL : 052-355-7890 FAX : 052-364-6781	施設名 : T E L : F A X : 担当者様 : フリガナ 希望者様 :
--	---

- 介護シユーズ試し履きラインナップ表よりご選択ください。
- 弊社での購入意思がない方のご依頼はご遠慮いただきます。
- 試し履きの訪問はおひとり様2回までとさせていただきます。 **※3回目以降は訪問料が生じます**

商品名	ワイス	サイズ

● 商品のご提案をご依頼の方はこちらをご記入ください

現状	介護シユーズ (商品名・メーカー :) / サイズ : / ワイス : E
	その他 (運動靴・スリッポンタイプ・スリッパ・その他 :)
使用場所	室内・施設内・屋外
足の状態	外反母趾・浮腫み・甲高・幅広
	下肢装具(右・左 / 種類・形状 :)
	その他:
希望する靴の形状	マジックテープあり・かかとなし・つま先なし・スリッポンタイプ
	その他:

備考欄
