

試し履き依頼書

令和 年 月 日

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

- ・介護シュ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

[illegible]

● 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	介護シューズ（商品名・メーカー：） / サイズ： / ウイズ： 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
