

福祉用具デモンストレーション申込書

株式会社ケアレント 宛

FAX 03-3864-8128

TEL 03-3864-8122

下記の通り、デモンストレーションを申込みます。

※太枠内をご記入下さい。

お申込日	年	月	日
------	---	---	---

■お申込者

事業所名	TEL	()
担当者名	FAX	()
住所	〒 -	

■お客様概要

ご利用者	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	氏名		生年月日	大正	昭和
	住所	〒 -	TEL	()	年 月 日
連絡先時	氏名		TEL	()	

■お申込内容

商品名	備考

■デモご希望日

年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後
---	---	---	-----------------------------	-----------------------------

----- ケアレント 返信欄 -----

■受領確認欄 上記のお申込について、確かに承りました。

受付日	年	月	日	担当者氏名
連絡事項				

■株式会社ケアレント使用欄

--