

カーシート CX-1専用発注書

(発注書 ・ 見積依頼) で囲いご選択ください

平成 年 月 日

貴社名	使用者名
担当者名	直送先: 住所 TEL

CX-1標準仕様		張り調整シートユニット(クロスベルト式) 背シート、座シート、枕、フットサポート
シート色 (選択してください)	グレー ・ 紺 ・ ブラウン	
オプション	ストレッチボディベルト (Mサイズ)	有 ・ 無
	胸ベルト	有 ・ 無
	骨盤ベルト	有 ・ 無
	股ベルト	有 ・ 無
	アームサポート	有 (アームサポート高 20cm ・ 22cm) ・ 無 < 初期設定はバックパイプに対して90°です。 >
	テーブル受け金具 (スライド棒無し)	有 (右 ・ 左 ・ 左右) ・ 無 < テーブル受け金具取り付けにはアームサポートが必要となります >
ご発注数量	台	

以下弊社記入欄

出荷予定日 月 日

金額 円



日進医療器株式会社

平成26年8月 第3版