

申込日 年 月 日

## 靴フィッティング申込書

施設名 \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_ 様

電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

1. <small>ふりがな</small> お客様氏名		性別	男・女
2. サイズ	◎現在履かれている靴のサイズをご記入ください。		
	右足	(        ~        ) cm	【足囲】(        ) E
	左足	(        ~        ) cm	【足囲】(        ) E
3. 足の状態	右足	・装具    ・むくみ    ・外反母趾    ・巻き爪    ・足の痛み	
	左足	・装具    ・むくみ    ・外反母趾    ・巻き爪    ・足の痛み	
4. 歩行の様子	・一人で歩ける    ・主に車いす		
5. 用途	・外履き    ・室内履き		
6. フィッティング場所			
7. その他	例：マジックテープタイプ希望、月水以外希望 等。		
	.....		
	.....		
	.....		

確認後に、担当者より訪問日時をご連絡いたします。

弊社使用欄	●訪問日時 _____月_____日_____時
	●購入商品
	右 .....
	左 .....
	●お支払方法    ・集金    ・ご来店    ・その他(        )