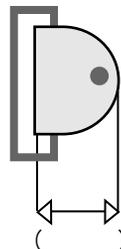
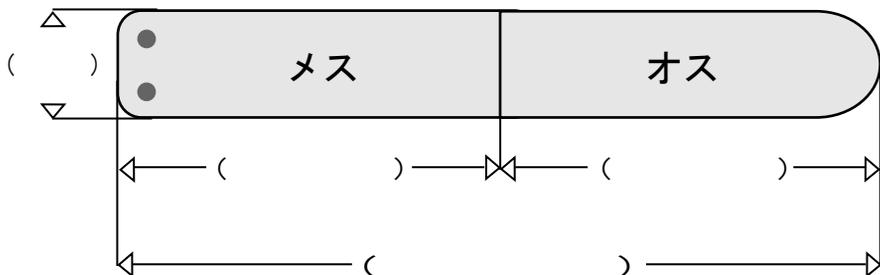


病院・施設名		担当者	職種
氏名	様	備考	
連絡先Tel	- - (続柄)		
色	白 黒 ベージュ その他( )	計	本
フェルトの縫付には詳細な寸法が必要となります。クイックリングは別料金となります。			

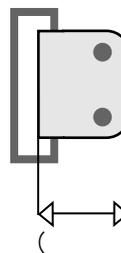
※装具お困りごと相談より写真を添付して頂けるとなおります  
 ※仕上がりには数ミリの誤差が生じますことをご了承ください

**すね**

パット	あり	なし
裏地	あり	なし

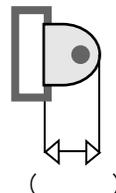
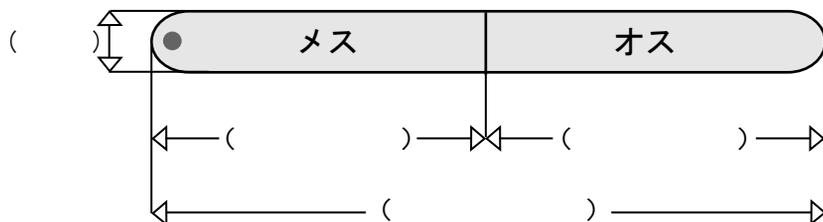


どちらか選択



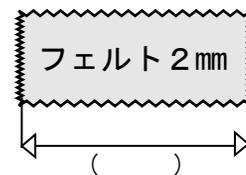
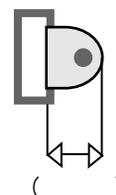
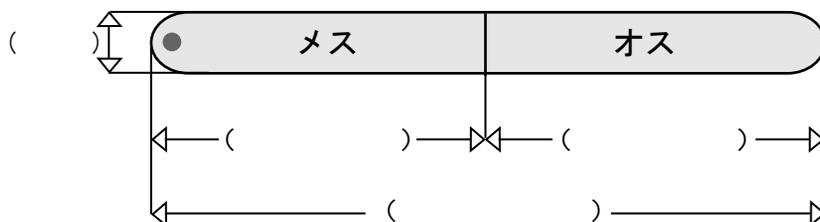
**足首**

パット	あり	なし
裏地	あり	なし

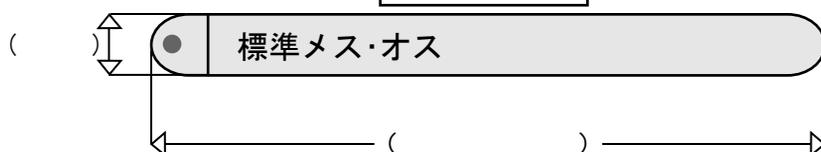


**つま先**

パット	あり	なし
裏地	あり	なし



裏地無し	標準伸縮
	非伸縮



事務記入欄

営業担当	製作検印	納品日	年 月 日
		請求日	年 月 日
		入金日	年 月 日