福祉用具の試用申込書

 住所　〒

施設名

担当者

電話

メールアドレス

|  |  |
| --- | --- |
| 試用希望品名 | 摘　　　要 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 ※　摘要欄には、試用品に対する施設等の意見や希望等があれば記載してください。