

FAX 0561-85-7177

足部外転装具 注文票

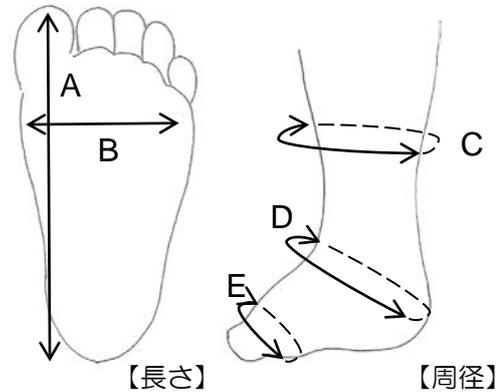
注文日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

御社名			
御社住所	〒 -		
御社電話番号		御社 FAX 番号	
ご利用者様 氏名		生年月日	
病院名		担当医師名	
御希望納期	月 日 までに 必着		

注文内容	数量
AFO (1組) グレー・ブルー・ピンク	
Adjustable Bar	
Saddle (1ヶ)	

[寸法表] ご記入ください。

	右 (実寸値)	左 (実寸値)
A	cm	cm
B	cm	cm
C	cm	cm
D	cm	cm
E	cm	cm
肩幅	cm	



※F の長軸は、実際の装具の長さになります。
[F=実寸+予備寸+成長見込分]でご注文下さい。

	左	右
F (注文サイズ)	cm	cm

【販売・お問い合わせ】

東名ブレース株式会社 オルソペディックサービス事業部

〒489-0979 瀬戸市坊金町 271 番地 TEL 0561-85-7355