

Order sheet

Medical footwear E-gas Tel 070-1144-4141 Fax 022-718-7522

ご注文日 年 月 日

ご氏名・会社名

住所

電話番号

e-mail

靴サイズ (型に○をつけて寸法をご記入ください)

(○をつけてください)

左足

ノーマル

サイズ

・
・ cm

ワイド

右足

ノーマル

サイズ

・
・ cm

ワイド

カラー

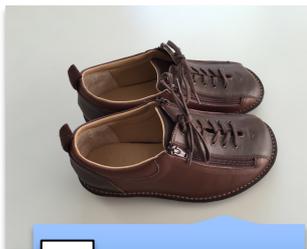
1色

2色以上

靴デザイン (○をつけてください)



ノーマル



短靴紐付



マジックバンド



ブーツ紐付

カラー選択

(指定の色見本の番号をご記入下さい)

