

レンタル申込日

年

月

日

株式会社シバタ 宛

FAX: 0568-76-0901

福祉用具レンタル申込書

申込受付時間(17:00まで)→翌日中配送

貸借者	事業者名	担当
	住所・電話番号	

ご契約者	住所	〒					
	フリガナ					TEL	
	氏名						
	建物	アパート ・ マンション ・ 一軒家() ----- 1階 ・ 2階 ・ 3階以上 エレベーター 有 ・ 無 駐車場 有 ・ 無					
引き渡し場所		(株)シバタ 小牧 ・ CRX ・ 貴社事務所					

レンタル開始日	年	月	日
納品希望日	年	月	日

レンタル商品名

	商品名	商品番号	数量	管理番号
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

上記のレンタル申込について承りました。

納品日

月

日

受付確認

--



小牧市小木東1-86
TEL: 0568-76-0900

解約申込日

年

月

日

株式会社シバタ 宛

FAX: 0568-76-0901

福祉用具解約申込書

貸借者	事業者名	担当
	住所・電話番号	

ご契約者	住所	〒				
	フリガナ				TEL	
	氏名					
	建物	アパート ・ マンション ・ 一軒家 ()				
	1階 ・ 2階 ・ 3階以上	エレベーター	有 ・ 無	駐車場	有 ・ 無	
引き渡し場所	(株)シバタ 小牧 ・ CRX ・ 貴社事務所					

解約日	年	月	日
回収可能日	年	月	日

解約商品名

	商品名	商品番号	数量	管理番号
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

上記の解約について承りました。

受付確認

--



株式会社シバタ
小牧市小木東1-86
TEL: 0568-76-0900

デモ貸出申込日

年

月

日

株式会社シバタ 宛

FAX:0568-76-0901

デモ貸出・デモ返却・レンタル切替申込書

申込受付時間(17:00まで)→翌日中配送

ご契約者	住所	〒				
	フリガナ				TEL	
	氏名					
	建物	アパート ・ マンション ・ 一軒家()				
		1階 ・ 2階 ・ 3階以上	エレベーター	有 ・ 無	駐車場	有 ・ 無
引き渡し場所	(株)シバタ 小牧 ・ CRX ・ 貴社事務所					

納品希望日

年

月

日

デモ商品名

	商品名	商品番号	数量	管理番号	契約	返却
1						
2						
3						

上記のデモ貸出申込について承りました。

納品日

月

日

受付確認



小牧市小木東1-86
TEL:0568-76-0900

デモ返却・レンタル切替申込日

年

月

日

下記のレンタル契約欄もしくはデモ返却欄に、ご記入をお願いします。

レンタル開始日	/	デモ返却日	/
レンタル切替	()	回収可能日	/

入院保留申込日

年

月

日

株式会社シバタ 宛

FAX:0568-76-0901

入院保留申込書

ご契約者	住所	〒	
	フリガナ		TEL
	氏名		

貸借者	事業者名	担当
	住所・電話番号	

入院日	年	月	日	～
退院日	年	月	日	

※入院保留による請求カットは、半月単位でご連絡でご連絡お願い申し上げます

※連続保留は、最長3か月とさせていただきます

※入院保留は原則として事前連絡をお願いします。なお、入院連絡書を頂く場合もございます

入院保留商品名

	商品名	商品番号	数量	管理番号
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

上記の入院保留について承りました。

受付確認



小牧市小木東1-86
TEL:0568-76-0900