

平成 年 月 日

株式会社ノーブレイク 御中

高齢者疑似体験セットレンタル申込書

本書記載のレンタル条件を承諾のうえ、高齢者疑似体験セットのレンタルを申し込みます。

【お申込者】

住 所	(フリガナ)		
	〒		
氏 名 会社名	(フリガナ)		法人団体の場合のご担当者様
	〒		課 様
電話番号		e-mail	
お届け先	(フリガナ)		
	〒		
お借入 希望日	平成 年 月 日 ()	ご返却 予定日	平成 年 月 日 ()
お借入希望セット数	セット		

【レンタル条件】

1. セット内容は、以下の通りです。
視野障害疑似体験メガネ、聴覚障害疑似体験耳栓、運動障害疑似体験上着、胸用錘、ポケット錘、上肢運動障害疑似体験用肘サポーター、握感障害疑似体験用手袋、杖、下肢運動障害疑似体験用膝サポーター、内反足疑似体験用キャストシューズのセットお一人分
2. レンタルセット数は複数ご用意いたしておりますが、ご予約が重複した場合、お借入希望日、ご返却予定日のご調整をお願いする場合があります。
3. ご返却予定日は、弊社への着荷日とさせて頂いており、万一、ご返却予定日にご返却頂けない場合、追加料金を頂戴する場合があります。
4. 万一、レンタルセット内容品を紛失、破損された場合は、実費をご請求申し上げます。
5. お貸出し、ご返却について、郵送等をご希望の場合は、送料実費を頂戴致します。
6. お借入希望日の5営業日前までにレンタル料金のお支払いをお願いします。万一、レンタル料金のお支払いが遅延した場合、お借入希望日にお届けできない場合がありますので、予めご了承願います。
7. レンタル料金は、下段「お申込書兼レンタル料金請求書」に記載してお申込後お知らせします。

平成 年 月 日

御中

上記、お申込を以下の通り受付させて頂きました。つきましては、以下の料金をお支払い頂けます様お願い申し上げます。

お借入 希望日	平成 年 月 日 ()	ご返却 予定日	平成 年 月 日 ()
料金	円	支払期日	平成 年 月 日 ()

*お振込先：滋賀銀行彦根駅前支店 普通預金 888286 カ) ノーブレイク
株式会社ノーブレイク 0749-52-8787