

個別相談フォーム

管理用ID

CYBERDYNE(株) HAL個別相談受付担当宛(FAX：029-855-3181)

現在CYBERDYNEでは、今後の商業生産・販売に先立ち、ユーザの皆様の情報を把握すると共に、個別のご相談をさせて頂きたいと考えております。下記フォームで差し支えない範囲でご参照ください。

| | | | | | |
|-----------|---|-------------|----|-----|---|
| 使用者氏名(漢字) | | | | 申込日 | 年 月 日 |
| 使用者氏名(かな) | | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 身長 | cm | 体重 | kg | 年齢 | 歳 |
| 使用目的 | <input type="checkbox"/> 自立動作 <input type="checkbox"/> 機能補強 <input type="checkbox"/> 介護サポート <input type="checkbox"/> その他 | ※詳細をお書き下さい。 | | | |
| 障害名 | | | | | |
| 発症時期 | | | | | |
| 発症要因 | | | | | |
| 現在の身体状態 | | | | | |
| 現在の歩行状態 | | | | | |

| | | | | | |
|-----------|--|---------------------------------------|--|----|--|
| 連絡先 | <input type="checkbox"/> 使用者(同上) | <input type="checkbox"/> 申込者(上記の方とは別) | | | |
| | | 氏名 | | 続柄 | |
| 連絡先住所 | 〒 | | | | |
| 電話(第一連絡先) | | | | | |
| 電話(第二連絡先) | | | | | |
| FAX | | | | | |
| E-mail | | | | | |
| 連絡希望手段 | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail | | | | |
| その他特記事項 | | | | | |

内容をご確認の上、下記FAX番号までご送信下さい。

FAX：029-855-3181

CYBERDYNE株式会社 HAL個別相談受付担当宛