

運転補助装置注文書

担当： 宛

FAX 0952-23-8107

ご注文年月日	令和 年 月 日	ご担当者様名	
ディーラー様 名称 ご住所 電話番号			
ユーザー様 お名前		電話番号	
ご住所	〒 -		

① 車両データ（車種により部品が異なります。○欄は必ず、その他はできる限りご記入ください。）

◎車名		駆動方式	2WD ・ 4WD
◎型式		◎アクセルペダル	機械式 ・ 電気式
◎車台No.		シフトレバー形状	フロア ・ コラム ・ インパネ
◎年式		◎サイドブレーキ形状	手動式 ・ 足踏式 ・ 電動式
マイナーチェンジ	前 ・ 後 ・ 無し	◎運転席シート	マニュアル・電動・福祉車両専用電動
外国車	左ハンドル ・ 右ハンドル	チルトステアリング	有り ・ 無し

② 日程（出張日・完了日はご希望に応じかねる場合もございますのでご了承ください。）


入庫予定日（弊社工場入庫の場合） 令和 年 月 日（ ）	完了希望日（弊社工場入庫の場合） 令和 年 月 日（ ）	発送日（部品の発送の場合） 令和 年 月 日（ ）
出張取付日（出張希望の場合） 令和 年 月 日（ ） ※出張取付けが不可能な装置もございます。		
取付け場所指定：		

③ 改造内容（該当する改造に○を付けてください）

手動運転装置	左アクセルペダル	ステアリンググリップ	その他改造・特記事項
<input type="checkbox"/> SC-B型（コラム式） <input type="checkbox"/> FC-B型（フロア式） OP確認 <input type="checkbox"/> SG-12 革巻 <input type="checkbox"/> ブレーキロック警告ブザー <input type="checkbox"/> レバーロック（発注時） <input type="checkbox"/> FC-TXL2型（フロア式） <input type="checkbox"/> FC-BK型（頰損の方） <input type="checkbox"/> T字・FCグリップ・特注	<input type="checkbox"/> LA-1型（つり下げ式） <input type="checkbox"/> LA-2型（オルガン式） <input type="checkbox"/> LA-3型（左右はね上げ式） <input type="checkbox"/> LA-4型（左アクセル・ブレーキ）	<input type="checkbox"/> SG-12（脱着式） <input type="checkbox"/> SG-12（脱着式・革巻き） <input type="checkbox"/> SG-2（ホーン付）（右・左） <input type="checkbox"/> RW-1（リコン式）（右・左） <input type="checkbox"/> その他旋回ノブ（SG ）	<input type="checkbox"/> WS-1（手動サイドブレーキレバー） <input type="checkbox"/> LW-1（左ウィンカーレバー） <input type="checkbox"/> ※フォグランプ（有・無） <input type="checkbox"/> シート位置が最も前またはそれに近い位置で運転される場合は左記にチェックをしてください。

※手動運転装置には、SG-12及び足踏式サイドブレーキ車の場合は手動サイドブレーキレバーが含まれます。

※左アクセルペダルには、足踏式サイドブレーキ車の場合は手動サイドブレーキレバーが含まれます。

ステアリンググリップ取付け位置  該当する位置を○で囲んでください。 ご指定のない場合は部品のみお渡し致します。 販売店様にてお取付けください。	備考：上記は全て標準品なのでスイッチの特注などありましたらご注文時にお知らせください。 尚、部品が完成してからの変更・キャンセルは追加料金が発生致しますのでご注意ください。 ※ 身体障害者用自動車改造完了証（要 ・ 不要）
---	---

④ ご請求先

請求先を指定してください	ディーラー様（本社一括入金 ・ 営業所入金） / ユーザー様
--------------	--------------------------------

※当注文書が弊社に届いた時点からキャンセル料が発生します。ご注文内容は十分にご確認ください。