



ギャルソン シートカバー 純正シート形状確認書

エスティマ (TCR)

●お申込者

お名前 (会社名)		ふりがな	様	ご記入日	年	月	日	担当者名 (業者様のみ)	様
--------------	--	------	---	------	---	---	---	-----------------	---

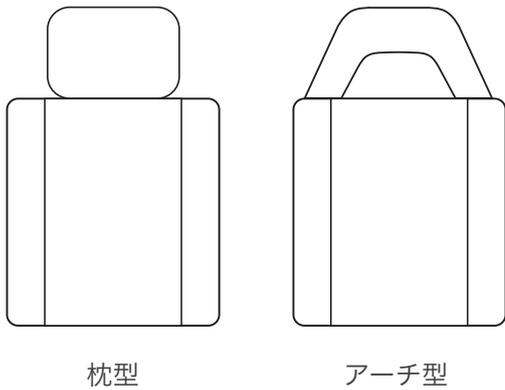
●お車

型式		乗車定員	7	・	8	人乗り
年式	年	月	グレード			

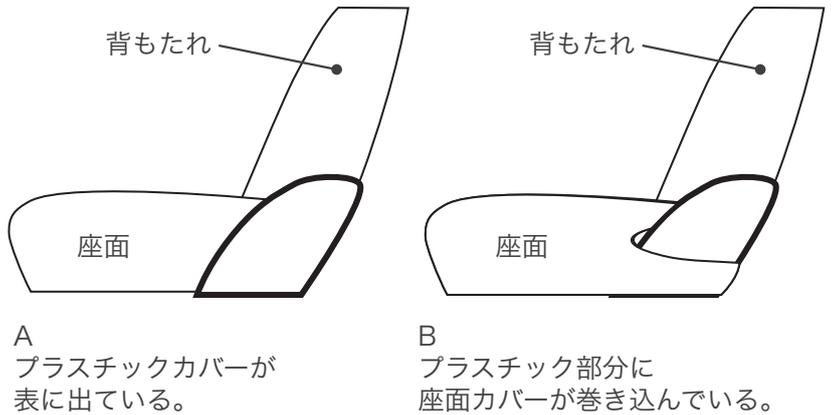
●該当するものに○印を入れて下さい。

	1列目		2列目		3列目	
ヘッドレスト ※図1	枕型	アーチ型	枕型	アーチ型	枕型	アーチ型
アームレスト	<角度調整機能> <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし (アームレスト角度調整機能の 有無を御確認下さい。)		あり	なし	あり	なし
座側面 ※図2	A	B	A	B		

※図1：ヘッドレスト注意事項



※図2：座側面 注意事項 (座席を側面から見た図)



●初年度登録一覧 (参考)

- 初期 (90'5～91'8) ○前期 (91'8～94'8) ○中期 (94'8～98'1) ○後期 (98'1～99'12)

その他 特記事項があれば、ご記入下さい。

<ご注意>

- 受注生産の為、ご注文後の変更及びキャンセルはできませんのであらかじめご了承ください。
- 1/2/3列でシート形状が特殊な車種は、当社指定のカラー配分となりますのでご了承ください。