

医療機器 査定申込書

年 月 日

FAX 0120-385-075

お手数ですが、差し支えない範囲で下記にご記入の上、弊社へ送信下さい。ご依頼内容を確認次第、担当よりご連絡差し上げます。

株式会社フェアメディカル
千葉県柏市泉1215
TEL : 0120-385-065

査定依頼
※下の査定物件詳細へご記入ください。
概算見積もりをご連絡差し上げます。

訪問希望 月 日希望
※ご希望日時に添えない場合がございます。
担当者よりご連絡差し上げます。

お申込者様

貴院名	様
ご担当者さま	様
ご住所	〒 -
電話番号	
FAX 番号	
E-mail	
連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail

査定物件詳細

装置種類	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 超音波診断装置 <input type="checkbox"/> 一般撮影装置 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他 ()
機器名	
メーカー名	
型式	
年式 (使用期間)	
取扱説明書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
備考 (付属品・オプション)	(例：プローブ〇本、ワークステーションなど)
設置病院名	(お申込者様と同じであれば未記入でかまいません)
設置場所住所	(お申込者様と同じであれば未記入でかまいません)
撤去予定日	