

医療機器査定申込書

機器が複数台ある場合は、
通し番号をご記入ください。

枚目 /

枚中



下記項目にご記入いただき、送信してください。

査定希望機器が複数台ある場合は、本紙をコピーしてご使用ください。

ご記入日 年 月 日

※ 必須の項目は必ずご記入ください。 ※ 該当項目にチェック してください。

お客様情報について

フリガナ		フリガナ	
必須		必須	
貴社・施設名		ご担当者名	
必須	〒		
ご住所			
必須		FAX	
電話番号			
携帯電話		E-mail	
ご希望の連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 携帯（時間帯 時頃） <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail		

査定希望機器について

必須	機器名		必須	メーカー名	
必須	型式			製造番号	
購入時の状況	<input type="checkbox"/> 新品 <input type="checkbox"/> 中古 <input type="checkbox"/> リース		必須	購入年月	年 月
査定予定時期	年 月		購入価格	¥	
構成 オプション 付属品など	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（機器名）				
動作に問題は ありますか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（状態）				
査定目的	<input type="checkbox"/> 買い替え <input type="checkbox"/> 使用頻度減少 <input type="checkbox"/> 閉院・縮小 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

搬出ルートについて

駐車場	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	設置フロア	F	エレベーター	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
機器設置場所 (上記住所と異なる場合)		段差 (駐車位置まで)			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

アンケートにご協力ください。弊社をどのようにしてお知りになりましたか。

弊社WEBサイト 検索サイト DM 業者ご紹介 その他（ ）

その他、ご要望・特記事項・ご質問などがあればご記入ください。

お客様情報・査定希望機器の内容など再度ご確認のうえ、
右記FAX番号に送信してください。

FAX.03-6658-4171

24時間
受付中