



FAX 送信方向

FAX 送信日時： 月 日送信

※FAX の送信間違いには十分ご注意ください。

(株)アステッド医療機器査定申込書

FAX. 072.284.9314

個人情報記入欄

病院・施設・貴社名 フリガナ	ご担当者様名 フリガナ
ご住所 〒 - フリガナ 都道 府県	
電話番号 - -	FAX - -
携帯電話番号 - -	メールアドレス
ご希望のご連絡方法 ご希望の連絡方法に○を付けてください：	<input type="radio"/> 電話 <input type="radio"/> FAX <input type="radio"/> メール <input type="radio"/> 携帯電話
ご希望のご連絡日時 ご希望の連絡曜日に○を付けてください：	<input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 火 <input type="radio"/> 水 <input type="radio"/> 木 <input type="radio"/> 金 <input type="radio"/> 土 <input type="radio"/> 日 時 ~ 時頃

査定依頼機器の情報を下記に記載願います。

機器の種類 (例：CT、MRI等)	機器の種類	機器の種類
メーカー名	メーカー名	メーカー名
機器名	機器名	機器名
機器の年式	機器の年式	機器の年式
故障の有無 該当する項目に○を付けてください： <input type="radio"/> 故障あり <input type="radio"/> 故障なし	故障の有無 該当する項目に○を付けてください： <input type="radio"/> 故障あり <input type="radio"/> 故障なし	故障の有無 該当する項目に○を付けてください： <input type="radio"/> 故障あり <input type="radio"/> 故障なし
その他ご相談等をご記入ください		

FAX. 072.284.9314