

デモ機器お申込み書

病院・施設様用

お申込み日： 年 月 日

申込み先：株式会社アルクレイ FAX.03-6886-3110

①ご希望機器の製品名 ※ご記入ください

製品名	
型式	弊社記号

②お申込み者情報 ※ご記入ください

病院・施設名	
部署・病棟	担当者名
住所 〒 -	
TEL.	
FAX	

③以下2項の承認事項につき署名・捺印をお願い致します(必須) ※ご記入ください

- 1)指定の貸出期限の満了後は速やかに株式会社アルクレイに返却します。
2)返却時の送料は、送り主側で負担します。

印

病院・施設名 担当者名

デモ機器のお申込みをありがとうございました。

デモ機器担当：

※下記は弊社欄です。お申込み者様への確認返信FAX用です。

TEL.03-6886-3110

発送日 年 月 日	貸出期限 年 月 日
◎進行状況 ☐ 受付 ☐ デモ機器 発送済み・貸出中 ☐ デモ機器 返却済み	備考