

# デモ機申込書

お申込日： 年 月 日

お申込先： 株式会社テクノスジャパン 本社 営業部 FAX:079-288-0969

## 1. ご希望の機種の商品名と型式をご記入下さい

製品名		型式	
ナースコール番号※		弊社記号※	

※ナースコール連動タイプをご希望の場合は、カタログ内『ナースコール参照図』をご参考にナースコール番号と弊社記号をご記入下さい。

## 2. 下欄にご記入の上、デモ機送り先希望の口にチェックして下さい。

<input type="checkbox"/>	販売店名		部署	
	担当者名			
	住所			
	TEL		FAX	

※ご試用頂く病院様・施設様名を必ずご記入下さい。ご記入が無い場合、手続きが進められませんのでご注意下さい。

<input type="checkbox"/>	都道府県			
	病院・施設名			
	部署・病棟		担当者名	
	住所			
	TEL		FAX	

## 3. 下欄に販売店様または病院・施設様のご担当者による署名、捺印をお願い致します。(必須)

<デモ機借用についての承認事項> ①指定の貸出期間を了承し、期間終了後は速やかに返却します。 ②返却時の送料は、送り主側で負担します。	
会社(病院・施設)名 [	]
担当者名 [	印]

備考
----

デモ機のお申込みありがとうございました。

デモ機担当：

TEL:079-288-1600

<input type="checkbox"/> 発送日	年 月 日	貸出期限	年 月 日
<input type="checkbox"/> 貸出中	待ちとなっております。納期確定次第、改めてご連絡致します。		
備考			