

離床センサーデモ機 貸出依頼書

ご依頼日： 年 月 日

下記の通り、離床センサーデモ機の貸し出しを依頼します。

■ ご利用者の情報 (全項目必須)

病院または施設名		部署	
ご担当者		e-mail	
所在地	〒 -		
TEL		FAX	
		携帯電話	

■ お取次代理店の情報 (全項目必須)

会社名		部署	
ご担当者		e-mail	
所在地	〒 -		
TEL		FAX	
		携帯電話	

■ デモ機の送り先 (右の口に✓を入れてください)

上記病院または施設 上記取次代理店

■ ご希望デモ機

商品名	カタログ番号

■ ナースコールについて (下の口に✓を入れてください)

ナースコールに連動 しない
 下記の内容とする

ナースコールアダプタ参照表をご確認ください

参照No.	
子機型番 (分る範囲で)	
適応アダプタ	

■ 確認事項 (下記内容ご確認の上、病院、施設、会社名および署名・押印をお願い致します。)

※ デモ機は返却予定日までに必ず返却致します。また、デモ機は元払いにて返送致します。

病院・施設・会社名：

担当者： _____ 印

送付先FAX： 078-904-2312 株式会社 ネオファーム

以下、弊社記載欄

デモ機貸出依頼確認及び出荷案内

ご依頼を確認致しましたので、以下の通りご案内申し上げます。

- デモ機は現在大変混み合っております。予定日は追ってご連絡申し上げます。
- 発送予定日 年 月 日 (貸出期間) 2週間
- 返却予定日 年 月 日

確認日： 年 月 日