

AED 短期レンタルの申込み 必要な情報を楷書にてご記入の上、ご返信ください。

デスクトップ上で直接入力の上、メール添付して頂く事を推奨します。 contact@japanservice.co.jp

フリガナ		
会社名又は団体名個人の方は個人名		
部署名・役職		
申込み者氏名		
契約者氏名（代表者又は責任者名）		※申込者と違う場合のみ記載してください。
申込み者の住所		〒
お支払方法		<input type="checkbox"/> 振込み <input type="checkbox"/> 代引き
AED レンタルに関する責任者名 申込者と異なる場合のみ記載して下さい。		氏名： _____ 固定電話： _____ 携帯： _____
連絡先	固定電話 ※固定電話は必ず記載してください	TEL： _____ FAX： _____
	※携帯電話	配送業者の為に出来るだけ記載してください。 携帯電話： _____
	メールアドレス	正確にお願い致します。ハイフンの位置及び英数字の0と0の違い
主とする利用場所の住所・施設名等		
AED 受取人情報 変更がない場合は不要		氏名： _____ 住所： 〒 _____
契約書及び請求書の送信希望方法		<input type="checkbox"/> メール希望 <input type="checkbox"/> FAX希望 <input type="checkbox"/> どちらでも可 弊社への送信はメール・FAX のいずれかをお願い致します。
レンタル期間		西暦 月 日～ 年 月 日迄
レンタル機種と契約プラン及び使い捨て消耗品の補償加入の有無にチェックを入れて下さい。		
<input type="checkbox"/> 次世代 AED サマリタンPAD350P サマリタンのパッド選択 <input type="checkbox"/> 成人×2 <input type="checkbox"/> 成人・小児 各1 専用レスキューリュックサック <input type="checkbox"/> 希望する		
<input type="checkbox"/> C U - S P 1（小児切替スイッチ付）		<input type="checkbox"/> A E D - 3100（小児切替スイッチ付）
<input type="checkbox"/> ハートスタートH S 1若しくはH S 1+（未就学以上の成人向け）		
※使い捨て消耗品の補償の加入の有無（チェック無き場合は未加入と判断致します。） <input type="checkbox"/> 使い捨て消耗品の補償に加入する（別途補償金が加算されます。 <input type="checkbox"/> 使い捨て消耗品の補償加入はしない。		
レンタル台数		合計 台
連絡事項		

代表者の代理として申し込む場合は、代表者の承諾の下、申し込みをしたものとします。

申込みを頂きましても予約状況等によってはご希望のAEDが無い場合も有ります。予めご了承ください。

AEDの短期レンタル料金は当社HP内にてご確認ください。

往復送料はレンタル者側の実費負担となります。請求書には当社からの送料は別途含まれます。