

FAX 送信先 046-241-5586

AED トレーニング機材のレンタル申込書

必要な情報を楷書にてご記入の上、ご返信ください。

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		
申込み者の住所		
お支払方法 (選択)		<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 代引き (ヤマト運輸)
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	固定電話は必ず記載して下さい。	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 FAX のみで行う場合は記載不要	正確にお願い致します。ハイフンの位置及び英数字 (0・0) の違い @
主とする利用場所の住所・施設名等		
レンタル機材受取人情報 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"/> FAX 希望 <input type="checkbox"/> メール希望 <input type="checkbox"/> どちらでも可 弊社への返信は FAX・メールのいずれかでご返信下さい。
レンタル期間		年 月 日～ 年 月 日迄

レンタル機材及び個数にチェックを入れて下さい。

<input type="checkbox"/> 訓練用ダミー人形 (上半身・上着付き) JAMY (成人) ※一般的な柔らかめの硬さ	体	<input type="checkbox"/> 訓練用ダミー人形 (上半身・上着付き) リトルアン (成人) ※最も柔らかい	体
<input type="checkbox"/> 訓練用ダミー人形 (上半身) リトルアン (小児)	体	<input type="checkbox"/> 訓練用ダミー人形 リトルアン (乳児)	体
<input type="checkbox"/> リトルファミリーパック (成人・小児・乳児)	セット	<input type="checkbox"/> 人工呼吸用感染予防具	個
<input type="checkbox"/> CU-SP1 (小児切替えスイッチ付)	台	<input type="checkbox"/> AED-3100 (小児切替えスイッチ付)	台
<input type="checkbox"/> ハートスタート HS1	台	<input type="checkbox"/> オムロンパワーハート G3	台
<input type="checkbox"/> AED サマリタン PAD350P	台	<input type="checkbox"/> AED-2150 (小児切替えスイッチ付)	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。

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

レンタル料金は当社 HP 内にてご確認ください。

レンタル料金のお支払は前払い振り込み若しくは代引きとなります。

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。