FAX送信先　046-241-5586

**AEDサマリタンPADシリーズ・ライフパックCR2購入の申込み**

必要な情報を楷書にて記入の上、FAX又はメール添付にて申し込み下さい。[contact@japanservice.co.jp](mailto: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 | |  |
| 購入者氏名 | |  |
| 購入先の住所 | |  |
| お支払方法 | | □振込　　□代引き |
| AED窓口担当者名  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： |
| AED設置先の事業所名店舗名等 | | 購入先と異なる場合のみ |
| AED設置先の住所 | | 購入先と異なる場合のみ |
| 設置先の固定電話 | | TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 設置先の窓口担当者名 | |  |
| 購入者のメールアドレス | | 正確にお願い致します。ハイフンの位置、上中下及び英数字のOと0の違い |
| AED管理用に登録に使用するアカウント | | 正確にお願い致します。ハイフンの位置、上中下及び英数字のOと0の違い  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□購入者と同じ |
| AED受取人情報 | | □申込者住所と同じ　　　　□設置先 |
| 契約書及び請求書の送信希望方法 | | □FAX希望　　□メール希望  弊社への返信はFAX・メールのいずれかでご返信下さい。 |
| AEDの設置場所（具体的に） | | 記載例：1F受付/玄関入り口等 |
| 設置先の通常の営業時間帯 | |  |
| 設置先の休日 | |  |
| 希望納品日と時間帯 | |  |
| 代金の支払予定日（振り込みの場合） | |  |
| 購入機種 | | □サマリタンPAD350P　□サマリタンPAD450P　□ライフパックCR2 |
| 購入台数 | |  |
| ドクター紹介や法人紹介者がいる場合 | | 弊社を紹介して頂いた紹介者名 |
| 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。

送料及び代引き手数料は別途有料となります。2台以上は無料　　納期は入金確認後、約4営業日（九州・沖縄・北海道は5営業日）