

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。

メール添付の送信先 contact@japanservice.co.jp

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		氏名：	携帯：
申込み者の住所		〒	
連絡先	※固定電話は必ず記載して下さい。	TEL：	FAX：
	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 @	
	※受取人の情報 申込者と同一の場合は記載不要	配送業者の為にも出来るだけ記載してください。 氏名： 携帯電話：	
送付先の情報 変更がない場合は記載不要		宛名：	
		住所：〒	
		受取人名：	連絡先：
受け取り希望日時 指定が無い場合は前日午前中のお届けとなります。		月 日 ヤマト運輸の受け取り時間帯 <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 14：00～16：00 <input type="checkbox"/> 16：00～18：00	
レンタル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（メール優先）	
レンタル期間		西暦 年 月 日～ 年 月 日迄	
お支払い方法（選択）		<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 代引き（ヤマト運輸）	

レンタル機材にチェックを入れて必要個数を入力して下さい。（AED 型名は一般の方でも分かり易くする為、本物の型番表記としています）

<input type="checkbox"/> 訓練用ダミー人形（リトルアン）（成人）	体	<input type="checkbox"/> 訓練用ダミー人形 リトルジュニア（小児）	体
<input type="checkbox"/> 訓練用ダミー人形 リトルベビー（乳児）	体		体
<input type="checkbox"/> 逆止弁付人工呼吸用感染予防具（簡易式）	個	<input checked="" type="checkbox"/> バックバルブマスク	個
<input type="checkbox"/> AED-3100（小児切替えスイッチ付）	台	<input type="checkbox"/> AED-3150（小児切替えスイッチ付）	台
<input type="checkbox"/> AED ライフパック CR2（小児切替えスイッチ付）	台	<input type="checkbox"/> AED CU-SP1（小児切替えスイッチ	
<input type="checkbox"/> AED サマリタン PAD350P	台	<input type="checkbox"/> AED サマリタン PAD450P	台
<input type="checkbox"/> AED ハートスタートHS1	台		台

期限切れ電極パッド（本物）選択 ※ハートスタートHS1、ライフパックCR2を除く

※期限切れ電極パッドを貼り付ける行為まで行う実技講習者の合計人数 合計人数 名

お申込者と講習指導者が異なる場合は契約書面の文書を必ず講習指導者へ渡してご一読をお願いします。

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。 請求書には弊社からの送料は別途含まれます。