



エム・ソリューションズ株式会社

ご依頼日 年 月 日

# 医療機器査定依頼書

枚目 / 枚中  
※複数ある場合にご記入下さい。

- ・ご依頼機器が複数ある場合は、本紙をコピーしてご使用ください。
- ・2枚目以降は「病院名/施設名/会社名」のみのご記入で結構です。

## ●お客様情報

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 病院名/施設名/会社名   |  | ご担当者名  |  |
| 所属部署名 ( )   |  | (ふりがな)   |  |
| 住所  |  | TEL  |  |
| 〒   |  | FAX  |  |
|   |  | メールアドレス  |  |
|   |  |  |  |
| ご希望の連絡方法(○印を記入願います)   |  | ご連絡可能なお時間、曜日等  |  |
| <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール |  | <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> ご指定 ( ) |  |

## ●査定依頼機器について ※太枠内は必須項目となります

|                               |                                       |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 機器名 (例) 超音波診断装置など             | メーカー名                                 |
| 型 式                           | ご購入年月<br>年 月                          |
| ご購入時の状況<br>・新品    ・中古    ・リース | ご売却予定時期<br>年 月頃                       |
| 付属品、オプション等                    |                                       |
| 保守契約<br>・有り    ・無し            | 動作の不具合、破損や汚れ、キズ等<br>・無し    ・有り (状態: ) |

## ●機器の設置場所について ※大型機器の場合は現地確認にお伺いいたします

|                              |             |                      |
|------------------------------|-------------|----------------------|
| 機器の設置場所 (上記住所と異なる場合にご記入ください) | 設置フロア<br>階  | エレベーター<br>・有り    ・無し |
|                              | 段差 (積込場所まで) | 駐車場<br>・有り    ・無し    |
| その他、ご希望等あればご記入ください           |             |                      |

送付先

- ・上記ご記入の上、下記番号までお送りください。

**FAX: 03 - 5664 - 3911**

- ・メールでも受付しております。

**E-mail: info@e-msolutions.jp**