

デモ機申込書



※ この申込書で、弊社の離床センサー（家族コールを除く）全てのデモ機をお申込みいただけます。
漏れなくご記入の上、FAXでお申込みください。記入漏れがある場合、内容確認に時間を要することがあります。
※ デモ機貸出しサービスは、離床センサー未使用のお客様がご購入前にお試しいただける無料のサービスです。

お申込み日：平成 年 月 日

お申込先： 株式会社テクノスジャパン 営業部・業務グループ FAX：079-288-0969

1. ご希望期間を ○ で囲んでください。 ※お客様が試用される実期間とします。2週間を超える長期貸出しをご希望の場合はご相談ください。また、お客様への納品が遅れる場合は弊社営業担当にご相談ください。

1週間 (標準)	2週間 (中期)	1ヶ月 (長期)	長期理由：
-------------	-------------	-------------	-------

2. ご希望の製品名と型式をご記入ください。

製品名		型式	
ナースコール番号 ※		弊社記号 ※	

※ナースコール運動タイプをご希望の場合は、カタログ内『ナースコール参照図』をご参考にナースコール番号と弊社記号をご記入ください。

3. 下欄にご記入の上、デモ機送り先の □ にチェックをしてください。

※弊社営業担当より確認やサポートのご連絡をいたしますので漏れなくご記入ください。※営業担当者様の携帯番号を必ずご記入ください。

<input type="checkbox"/>	販売店名		部 署	
	住 所	〒		
	営業担当者		携帯番号 ※	
			e-mail	
	TEL		FAX	

※ご試用いただく病院様・施設様名を必ずご記入ください。ご記入が無い場合は手続きが進められませんのでご注意ください。

<input type="checkbox"/>	病院・施設名			
	部署・病棟		担当者名	
	住 所	〒		
	TEL		FAX	

4. 下欄に営業担当者（お申込者）様によるご署名をお願いいたします。（必須）

<デモ機申込み時の承認事項>	
① デモ機貸出しサービスの目的を承知して申込みをします。	■ご署名 []
② デモ機がお客様の良い評価を受けるようにフォローをします。	
③ 試用期間終了後は速やかに回収して返却します。	

お問い合わせ事項をご記入下さい。	
------------------	--

お申込みありがとうございました。

業務グループ連絡先：079-288-1600

<input type="checkbox"/> 発送日	平成 年 月 日	貸出期限	平成 年 月 日
弊社記入欄			