

株式会社 トラストメディカル

〒981-3212 仙台市泉区長命ヶ丘3-28-1
 TEL : 022-342-6780
 FAX : 022-342-6781

デモ機貸出依頼書

ご記入日： 年 月 日

ご施設名		ご担当者様	
ご住所	〒	TEL	
		FAX	
お届け先 (上記ご住所と異なる場合のみご記入ください)	〒	TEL	
		FAX	
ご希望の補助具名 □にチェックを付けて製品名・品番等をご記入ください	補助具名	製品名・品番等	
	<input type="checkbox"/> 拡大読書器		
	<input type="checkbox"/> ルーペ		
	<input type="checkbox"/> 遮光眼鏡		
	<input type="checkbox"/> その他		
到着希望日時 (ご希望の時間帯に○を付けてください)	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定あり 月 日 () 余裕を持った日程でお願いします。 午前 / 12~14時 / 14~16時 / 16~18時 / 18~20時 / 20~21時 ※配送業者はクロネコヤマトを使用致します。 ※据え置き型の拡大読書器はヤマト便を使用致しますので、お時間の指定はできません。		

*お手順をお掛けいたしますが、太枠内ご記入後FAXにてご返信ください。

*デモ機の納期は折り返し弊社からFAXでお知らせします。
 デモ機の在庫状況により、ご希望に添えない場合もあります。

[トラストメディカル記入欄]

受付確認	発送確認

(株)トラストメディカル 宛て ↑ FAX 022-342-6781
--