



※機器が複数台ある場合は、通し番号をご記入下さい。

医療機器査定申込書

枚目 / 枚中

下記の項目をご記入いただき弊社へFAXをご送信下さい。 ご記入日 月 日

査定希望機種が複数台ある場合は、本紙をコピーしてご使用下さい。

お客様情報について

※ **必須** の項目は必ずご記入お願いいたします。

フリガナ		フリガナ	
必須		必須	
貴社・施設名		ご担当者名	
必須	〒		
ご住所			
必須		FAX	
電話番号		E-mail	
携帯電話			
ご希望の連絡方法	・ 電話 ・ 携帯（時間帯 時頃） ・ FAX ・ E-mail		

売却希望機器について

必須		必須	
機器名		メーカー名	
必須		製造番号	
型式			
購入時の状況	新品 ・ 中古 ・ リース	必須	年 月
購入年月			
売却予定時期	年 月	購入価格	¥
構成・オプション・付属品等	無 ・ 有（その状態： ）		
動作に問題はありますか？	無 ・ 有（その状態： ）		
査定目的を教えてください。 （該当項目ありましたらチェックしてください）	☐ 買い替え ☐ 使用頻度減少 ☐ 閉院・縮小 ☐ その他（ ）		

搬出ルートについて

駐車場	有 ・ 無	設置フロア	F	エレベーター	有 ・ 無
機器設置住所	（上記住所と異なる場合）			段差（駐車位置まで）	有 ・ 無

アンケートにご協力ください 弊社をどのようにしてお知りになりましたか。

☐ 弊社WEBサイト ☐ 検索サイト ☐ DM ☐ 業者ご紹介 ☐ その他（ ）

その他、ご要望・特記事項・ご質問等あればご記入ください。

※ご記入頂いた個人情報については、当社にて厳密に管理し、本査定およびマーケティングのためにのみ活用いたします。

お客様情報・査定機器の内容など再度ご確認の上、右記FAX番号宛にご返信ください。24時間受付中！



072-276-4102