



コガンヘルスケア  
Enrich the body and mind.

※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	
<b>必須</b> 貴社・施設名		<b>必須</b> ご担当者名	
<b>必須</b> ご住所	〒		
<b>必須</b> 電話番号		FAX	
携帯電話		E-mail	
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

<b>必須</b> 機器名		<b>必須</b> メーカー名	
<b>必須</b> 型式		製造番号	
購入時の状況	新品 ・ 中古 ・ リース	<b>必須</b> 購入年月	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)	<input type="checkbox"/> 買い替え <input type="checkbox"/> 使用頻度減少 <input type="checkbox"/> 閉院・縮小 <input type="checkbox"/> 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、本書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番号列にご返信ください。24時間受付中！

072-267-2019