

年 月 日

◆お申込者様情報

(ふりがな)		(ふりがな)	
会社名		代表者様名	
(ふりがな)		(ふりがな)	
部課名		ご担当者様名	
E-MAIL	@	お電話番号	
ご住所	〒		

◆ご使用医療機関様情報

--

◆ご送付先情報(お申込者様と異なる際はご記入願います)

--

◆ご希望台数

台

◆納品日

年 月 日 ()

◆引取日

年 月 日 ()

※引取日のご変更依頼がなく、ご指定頂きました引取日にお引取りできない場合は従来運賃に加えて追加料金を請求させていただきます。
 ※在庫状況確認後、最短納品日をご連絡させていただきます。

◆ご希望構成のレンタル期間にチェック願います (下記料金に別途、送料と消費税が加算されます)

基本構成のみ

 10日間... ¥66,000 15日間... ¥99,000 1ヶ月 ...¥165,000

基本構成+騒音計

 10日間... ¥79,200 15日間... ¥118,800 1ヶ月 ...¥198,000

◆アトムメディカル製保育器点検キット 機器構成

基本構成

品名	型番	型番コード	メーカー	数量
アトムメディカル製保育器点検用装置	インキュテスター	37105300	アトムメディカル	1
棒型テンションゲージ	TK7000CN	37105400	中村製作所	1
5Kg分銅	F2CSB-5K	37105500	大正天びん製作所	1
2Kg分銅	F2CSB-2K	37112700	大正天びん製作所	1

オプション品

品名	型番	型番コード	メーカー	数量
騒音計	NL42	50048200	リオン	1

医療機器レンタル約款は下記よりご確認ください。

https://www.orixrentec.jp/media_files/rental/about_use/med_agreement.pdf

■ 上記レンタル料金、機器構成 貴社の医療機器レンタル約款を確認しました。

ご署名:

印

◆お支払い

後日、請求書が届き次第、指定口座へお振込みください。

◆ご返却

伝票は運送会社が持参いたします。円滑な引取作業を行うため、引取日までに納品時のダンボール箱に梱包いただき、ご準備をお願いいたします。

レンタルサービスに関するお問合せはこちらへ

オリックス・レンテック(株) 分析医療機器営業部

TEL:03-3473-6192 / FAX:03-3473-8521

受付時間:平日9:00~17:00