

ワイヤレス超音波画像診断装置

Aplio air レンタル のご案内

いつでも、どこでも、
デュアルヘッドプローブで
幅広い検査に対応

ポケットに入る小型サイズ、約200gの軽量設計で
どこへでも容易に持ち運びができ、
お手持ちのスマートフォンやタブレットに
専用アプリをインストールすることで
いつでもワイヤレス接続で検査が可能です。
また薄型コンベックスプローブと
リニアプローブのデュアルヘッドプローブで
幅広い検査に対応します。

* 進応モバイル端末には仕様上の必須要件があります
* 動作確認済み機種、および詳細は弊社までお問い合わせください。



走査方式	リニア、コンベックス
サイズ	61.0mm(幅) × 24.6mm(高さ) × 157.0mm(奥行)
連続使用時間	約 70 分

モード	B、M、カラードプラ、パワードプラ、パルスドプラ
質量	約 200g

※写真の携帯端末・タブレット端末は Aplio air 一式には含まれておりません。

一般的名称：汎用超音波画像診断装置
販売名：超音波診断装置 Aplio air CUS-AAR00
認証番号：306ACBZX00021000
製造販売業者：キヤノンメディカルシステムズ株式会社



レンタル期間/料金

※往復送料は別途必要

36ヶ月 / 月額 35,000 円 (税別)

24ヶ月 / 月額 38,000 円 (税別)

12ヶ月 / 月額 45,000 円 (税別)

1ヶ月 / 月額 55,000 円 (税別)

◎レンタルお申込み兼
ご注文書は“裏面”をご
確認ください

機器のスペックはこちら→



キヤノンメディカルシステムズ(株) ワイヤレス超音波画像診断装置

【 Aprio air (アプリオ エアー) レンタルお申込書兼ご注文書 】

医療機器認証番号 : 306ACBZX00021000

FAX返信先 : 03-3473-8521

メール返信先 : medical_support@orix.jp

* 記入必須項目

申込日 年 月 日

* お申込者様情報

(ふりがな) 法人名及び病院名	(ふりがな) 法人代表者様名
(ふりがな) 診療科	(ふりがな) ご担当者様名
ご住所	〒
お電話番号	FAX番号
E-MAIL	

* 弊社医療機器レンタル約款をご確認頂き、以下チェックボックスにてご承諾をお願い致します。

私は貴社の医療機器レンタル約款を確認、承諾したのでレンタル申込みを致します。

レンタル品は医療機器の為、私が医師でない場合には、医師の監督、指示の下で添付文書に従って使用します。

医療機器レンタル約款は、Webサイトよりご確認ください

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



承諾します

* ご使用施設

* ご使用目的

* ご希望レンタル期間	ヶ月	* ご希望台数	台
* ご希望納品～引取日	年 月 日 () ~ 年 月 日 () ※在庫状況確認後、最短納品日をご連絡させて頂きます。		
* レンタル料/台 (税別・別途送料)	<input type="checkbox"/> 36ヶ月 月額 35,000 円 (税別) /台 <input type="checkbox"/> 24ヶ月 月額 38,000 円 (税別) /台 <input type="checkbox"/> 12ヶ月 月額 45,000 円 (税別) /台 <input type="checkbox"/> 1ヶ月 月額 55,000 円 (税別) /台		

※往復運送料9,000円(税別)が初回お支払いに発生いたします。

※往復運送料は一部離島等では条件が異なります。

◆お支払い方法：後日、請求書が届き次第、指定口座へお振込みください。

銀行振込みの際は、個人名ではなく、法人名・病院名でのお振込みをお願い致します。

◆ご送付先情報（お申込者様と異なる際はご記入願います）

◆請求書送付先情報（お申込者様と異なる際はご記入願います）

◆ご返却方法

レンタル終了日3日前迄にご返却日をご連絡ください。

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し、ご準備をお願い致します。

お問い合わせ先

オリックス・レンテック株式会社

↓ メールはこちらまで

お問い合わせ : 分析・医療機器営業医療機器営業チーム
(平日 9:00~17:00)

03-3473-6192 FAX 03-3473-8521

