

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。

\* 対応モバイル端末には仕様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：キャ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カ月 / 月額 35,000 円 (税別)

24カ月 / 月額 38,000 円 (税別)

12カ月 / 月額 45,000 円 (税別)

1カ月 / 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→

# 【 Aplio 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)	(ふりがな)
法人名及び病院名	法人代表者様名
(ふりがな)	(ふりがな)
診療科	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](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**

<b>* ご希望レンタル期間</b>	ヶ月	<b>* ご希望台数</b>	台
--------------------	----	----------------	---

<b>* ご希望納品～引取日</b>	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いただきます。

<b>* レンタル料/台 (税別・別途送料)</b>	<input type="checkbox"/> 36ヵ月 月額 35,000 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。
	<input type="checkbox"/> 24ヵ月 月額 38,000 円 (税別) /台	
	<input type="checkbox"/> 12ヵ月 月額 45,000 円 (税別) /台	
	<input type="checkbox"/> 1ヵ月 月額 55,000 円 (税別) /台	

◆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 )

**TEL 03-3473-6192 FAX 03-3473-8521**

