

FUJIFILM 京都科学
iViz air・直腸膀胱エコーファントム

パッケージレンタルのご案内



- ・ワイヤレス超音波画像診断装置 iViz air
- ・販売名：FWUシリーズ
- ・認証番号：301ABBZX00003000

【パッケージレンタル機器の構成】

機器	台数
iViz air コンベックス	6
iViz air リニア	6
直腸・膀胱エコーファントムセット A：硬便・膀胱小 B：軟便・膀胱中 C：名硬便・軟便・空虚モデル膀胱大	2 セット

※構成内容・台数を変更希望の場合はお気軽にお問い合わせ下さい

看護教育でポータブルエコーの実習をしたい...

➡ そんな時...本レンタルプランをご活用下さい

- 実習期間にのみレンタルで調達することにより経済的
- 点検済み機器セットが送られてくるので届いたらすぐに使える
- 事前受付で授業・実習スケジュールの調整がしやすい

その他こんなニーズにも...

- 教育者側のセルフトレーニングに
- 訪問看護ステーションや実習病院が行う勉強会など研修時に

POINT 短期間で複数台使用する教育機関・研修用途に最適



レンタル期間/料金

※往復送料は別途必要です。

10日 / 250,000円 (税別)

● レンタルお申込兼ご注文書は裏面をご覧ください。



機器のスペックはこちら→

【 iViz air・膀胱エコーファントム パッケージレンタルお申込書兼ご注文書 】

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		法人代表者様名	
(ふりがな)		(ふりがな)	
ご施設名/部署		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、『レンタルお申込み』画面にてご確認ください。
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）

◆ご使用目的 **教育・研修用途のみに使用（臨床目的の使用はいたしません）**

◆ご希望納品～引取日 年 月 日 () ~ 年 月 日 ()
 ※在庫状況確認後、ご希望期間でのレンタル可否をご連絡させていただきます。

◆レンタル期間 **10日** ※別途/往復送料が初回お支払い時に発生いたします。

レンタル料
 ※パッケージプラン以外の申込みは別途算出

パッケージプラン / 250,000円（税別）
 ※パッケージプラン内容・・・iViz airコンベックス:6台, iViz air リニア:6台, ファントム(3体/セット):2セット

上記パッケージプラン以外（ご希望数量を以下へ記載ください）
 ※iViz airコンベックス: 台 / iViz airリニア: 台 / ファントム(3体/セット): セット

◆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、個人名ではなく、法人様名、ご施設様名でのお振込みをお願い致します。

◆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。
 円滑な引き取り作業を行うため、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。

オリックス・レンテック株式会社

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

メールアドレス：medical_support@orix.jp

↓ 教育・研修用途以外（臨床使用）でのプラン（月額）はこちら ↓

コンベックス



リニア

