

FAX 0120-100-527

こちらの用紙をFAXください。

査定依頼機器

	品種	メーカー	型番	ご購入された時期
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

売却ご希望時期

※例：約2カ月後

動作不具合はありますか？

無・有・不明
 有の場合、その機器名と不具合状況

()

備考

病院又は、会社名			
部署・役職			
フリガナ			
御担当者様			
ご住所			
お電話番号		FAX番号	
メールアドレス			

※記入ミスで、弊社から送信できないケースがあります。正確にご記入下さい。

