

(株) ケーズメディカル

医療機器査定依頼書

※機器を複数ある場合は、A4サイズでコピーしてご利用下さい。

機器が複数ある場合は、通し番号をご記入下さい。

枚目 /

枚目

日付 / /

●お客様情報について (査定機器が複数ある場合、2枚日以降は、貴社名だけで結構です。)

(ふりがな) 貴社名 (施設名)	(ふりがな) ご担当者名
住所 〒	TEL
	携帯電話
	FAX
	E-MAIL
お客様との連絡方法 電話 ・ 携帯電話 ・ FAX ・ E-mail	電話 ・ 携帯電話の場合の希望時間帯 いつでも ・ 日付/曜日/時間指定 ()

●査定機器について (機器の種類・商品名・メーカー名・型式・シリアルNo.等は、機器後部に貼付されているラベルをご確認下さい。)

機器の種類 (例) 超音波診断装置など	商品名		
メーカー名	型式	シリアル (製造) No.	
購入時の状況 新品 ・ 中古 ・ リース	購入年月日 (使用年数) S/H/T 使用年数 年	購入価格 ¥	売却希望価格 ¥
取扱説明書 有 ・ 無	修理点検書 有 ・ 無	保証契約 有 ・ 無	売却希望時期 年 月頃
オプション・付属品等			
動作に問題がありますか? 無 ・ 有 (どんな?)			
外観の破損・汚れ等 無 ・ 有 (どんな?)			
●搬出ルートについて			
駐車位置まで一人で搬出できますか? はい ・ いいえ	設置フロア F	エレベータ 有 ・ 無	段差 (駐車位置まで) 有 ・ 無
駐車場 有 ・ 無	機器設置住所 (上記住所と異なる場合)		
何人くらいスタッフが必要だと思われますか? 人	その他、ご要望・連絡事項等		

FAX : 072-275-5961