



TO:(株)グリーンメディカル

医療機器査定依頼書

※機器が複数ある場合は、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 / 枚中

日付 / /

2011WEB

●お客様情報について (査定機器が複数ある場合、2枚目以降は、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 内線()
	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、機器後部等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(使用年数) S・H 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	保守契約 有 ・ 無	売却希望時期 年 月頃
オプション・付属品等			
動作に問題はありますか? 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	設置フロアー F	エレベータ 有 ・ 無	段差(駐車位置まで) 有 ・ 無
何人ぐらいスタッフが必要だと思われませんか? 人			
駐車場 有 ・ 無	機器設置住所(上記住所と異なる場合)		
その他、ご要望・連絡事項等			



東京本社

大阪支店

03-5653-3912
072-265-2982

