



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 日 |
| 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 03-5653-3912

大阪支店 072-265-2982

名古屋支店 0568-29-7019

札幌支店 011-826-3172

九州支店 092-409-0982

広島支店 082-942-3635

