



# 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  
名古屋支店

03-5534-5727  
072-265-2982  
0568-29-7019

札幌支店  
九州支店  
広島支店

011-826-3172  
092-409-0982  
082-942-3635

