

GraceMedical 貸出申込書

FAX 送信先；(株)ニチオン手術器械事業部 047-431-1878

◆貸出に関するお願い

- 1) お申込みは、発送希望日の7日以上前にお願いします。直前のお申込みは対応できかねます。
- 2) お貸出の送料は、お客様負担になります。また、お貸出期限は、到着後2週間とさせていただきます。
- 3) 発送希望日は、お貸出をお約束するものではありません。
- 4) 貸出状況によっては、ご希望に添えない場合がございます。
- 5) 貸出の際には、公正取引委員会の定める「医療用具の貸し出しに関する業界基準」に基づき、器具をご使用になる使用者様（医療機器管理責任者様）から事前に「貸出確認書」を受領することが必要になります。

貴社名			
ご住所			
TEL		FAX	
ご担当者名		緊急連絡先	
Mail-address	@		
エンドユーザー		医師名	様
* 発送希望日	発	着希望	返却予定日 年 月 日

貸出希望商品をご記入下さい

型番号	製品名	型番号	製品名
■		■	
■		■	
■		■	
■		■	
■		■	

通信欄；

貸出可能 貸出不可 その他

日付； _____ 年 月 日 ニチオン担当者名； _____

株式会社ニチオン 手術器械事業部

〒273-0018 千葉県船橋市栄町 2-12-4 TEL; 047-401-8155 / FAX; 047-431-1878