デモ機 修理代替機　貸出申込書

FAX 送信先；㈱ニチオン手術器械事業部　**047-431-1878**

◆貸出に関するお願い

1）本申込書で貸出できるのは、最大 2 本までです。

2）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。

3）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 週間以内です（修理代替以外）

4）発送希望日は、お貸出をお約束するものではありません。また、ご施設様への直送はお承りできません。

5）貸出状況により、ご希望に添えない場合があります。

6）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		**営業所**	
送り先住所	**〒**		
TEL		**FAX**	
ご担当者名		**緊急連絡先**	
メールアドレス	**@**		
貸出内容	**□ デモ　□ 修理代替（有償になります）　□ 有償貸出（2 回目以降は有償になります）**		
貸出先病院名			
診療科	**科**	**医師名**	**様**
試用術式	**□ 腹腔鏡下 / □ 胸腔鏡下 （ ）術**		
□ 購入希望　□ お見積り（年度内）　□ お見積り（来年度）　□ それ以外			
＊発送希望日	**月 日 出荷** **月 日 着希望**	**返却予定日**	

貸出希望商品（□に✓を入れて下さい）

☑	型番号	リトラクター品名	☑	型番号	フォーセプス品名
□	**89-6101**	アングルスネークリトラクター	□	**89-0500**	90° 5mm バブコック グラスパー
□	**89-6104**	3D カーブリトラクター(R)	□	**89-0501**	40° グラスパー(有窓)
□	**89-6105**	3D カーブリトラクター(L)	□	**89-0502**	90° ダイヤモンドジョーグラスパー
□	**89-6106**	45°カーブリトラクター(R)	□	**89-0503**	90° アトラウマティックダイヤモンドジョーグラスパー
□	**89-6107**	45°カーブリトラクター(L)	□	**89-0504**	40° 5mm バブコック グラスパー
□	**89-6109**	60mm トライアングルリトラクター	□	**89-0505**	90° グラスパー(有窓)
□	**89-6110**	80mm トライアングルリトラクター	□	**89-0506**	40° ドベイキーグラスパー
□	**89-6111**	60mm 45° トライアングルリトラクター	□	**89-0508**	40° ダイヤモンドジョーグラスパー
□	**89-6112**	80mm 45° トライアングルリトラクター	□	**89-0509**	40° アトラウマティックダイヤモンドジョーグラスパー
□	**89-6113**	40mm サークルリトラクター	□	**89-0511**	40° 5mm メリーランドダイセクター
□	**89-6114**	40mm 45° サークルリトラクター	□		

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