

ご記入日： 年 月 日

株式会社アクトラス

点滴センサ担当 行



日頃よりご愛顧頂き誠にありがとうございます。

点滴センサデモ機申込票の水色の空欄箇所に

記載ご捺印の上、恐れ入りますが、FAXにてご返送ください。

ご確認のほどよろしくお願い申し上げます。

点滴センサ デモ機申込票

項	品名・型番	数量	備考
1	点滴センサ IDC-1501		グリーン

貴社名：

部署：

ご担当者様：

住所：

T E L： F A X：

デモ機ご利用：

医療機関名：

貸出予定期間： ～

※2週間以内で設定をお願い致します。

【！】以下の項目をご確認のうえ、チェック・ご署名・押印をお願い致します

- ・デモ機の破損、紛失、返却をされない場合には違約金として5万円請求致します
- ・返却が遅れる場合には事前にご連絡をお願い致します
- ・デモ機使用後はヒアリングシートに回答し（またはエンドユーザーに回答していただき）、デモ機と一緒にご返送をお願い致します

上記の項目を確認、承諾しました

氏名： 印

FAX送信先：0182-33-0339

株式会社アクトラス

〒013-0033 秋田県横手市旭川2丁目2-32 TEL 0182-33-2301