

【Vscan DualProbe トライアルレンタルお申込書兼ご注文書】

オリックス・レントック株式会社

年 月 日

◆お申込者様情報

(ふりがな)	(ふりがな)	(ふりがな)	
医療法人名及び病院名		法人代表者様名	
(ふりがな)		(ふりがな)	
診療科		ご担当者様名	
ご住所	〒		
お電話番号		FAX番号	
E-MAIL	@		

◆弊社医療機器レンタル約款をご確認頂き、以下チェックボックスにてご承諾をお願い致します。

私は貴社の医療機器レンタル約款を確認、承諾したのでレンタル申込みを致します。  
 レンタル品は医療機器の為、私が医師でない場合には、医師の監督、指示の下で添付文書に従って使用します。

医療機器レンタル約款は、『レンタルお申込み』画面にてご確認下さい。  
[http://www.orixrentec.jp/request/medical/input.html?sale\\_division=0](http://www.orixrentec.jp/request/medical/input.html?sale_division=0)

承諾します

◆ご送付先情報(お申込者様と異なる際はご記入願います)

◆請求書送付先情報(お申込者様と異なる際はご記入願います)

◆ご使用目的	◆ご希望台数		
	台		
◆ご希望レンタル期間	<input type="checkbox"/> 7日間 <input type="checkbox"/> その他( )	◆ゲルの有無	本 : 不要 ※販売となります: ¥700/1本60g(税別) (99347700)
◆ご希望納品、引取日	201 年 月 日 ( ) ~ 201 年 月 日 ( )		
	※在庫状況確認後、最短納品日をご連絡させて頂きます。 ※一週間レンタルの引取日は、納品日の翌週同曜日となります。		

<input type="checkbox"/> 1週間レンタル/1台	レンタル料 ¥14,000 + 往復運送料 ¥5,000 = 合計 ¥19,000 (税別価格)
<input type="checkbox"/> 1ヶ月レンタル/1台	レンタル料 ¥45,000 + 往復運送料 ¥5,000 = 合計 ¥50,000 (税別価格)

◆お支払い方法 20日締翌月末日現金お振込(弊社指定口座へのお振込となります)  
 銀行振込みの際、個人名ではなく 病院名でのお振込みをお願い致します。  
 レンタル品到着後、2~3日後に郵送にてご請求書発送致します。

◆ご返却方法  
 レンタル終了日近くに、引取日確認のお電話を申し上げます。

レンタルに関するお問合せはこちらへ

オリックス・レントック(株) 医療事業部 (37102400)  
 TEL:03-3473-6192 / FAX:03-3473-8521