株式会社ellman-Japan
FAX: 06-6448-2522

申込日：　　年　　月　　日

ellman-Japan貸出申込書

※電話などの口頭による貸出申込みは無効です。この申込書でご依頼いただいた場合にのみ受付けます。

この度は、エルマン製品の試用デモ貸出にご依頼いただき、ありがとうございます。
ellman-Japan貸出規定をご一読の上、この申込書に必要事項を記入して弊社までFAXにてお申込み下さいませ。
弊社では、貸出申込書受付の手続き後に、担当より貸出可否をお知らせ致します。
尚、規定外の貸出理由、貸出日程による申込はお断りさせて頂きますので、ご了承下さい。

☆貸出希望機種

希望機種：　□DUAL(DualEMC) , □PelleveS5　　※フットスイッチ（DF-FSC）＋電源コードは付属しております

☆病院欄（貸出先）

病院名：	科目：
Dr名：	E-mail：
所在地：（〒　　-　　）	
TEL:	FAX:

☆代理店、二次店欄

代理店名：	担当者名：
所在地：（〒　　-　　）	
TEL:	FAX:
二次店名：	担当者名：
所在地：（〒　　-　　）	
TEL:	FAX:
デモ品送付先：□代理店　□二次店　□病院　　（いずれかにチェックをお願いします）	

☆貸出希望期間　　（デモ期間は最長一週間。デモ機到着日の翌日からデモ機返却の前日まで）

（第一希望）デモ機到着日：　　月　　日 ～ デモ機返却発送日：　　月　　日	
※手術予定日：　　月　　日	※滅菌予定日：　　月　　日
（第二希望）デモ機到着日：　　月　　日 ～ デモ機返却発送日：　　月　　日	
※手術予定日：　　月　　日	※滅菌予定日：　　月　　日

☆引き合い状況について

1.　どのような手術に使用する予定ですか？
2.　現在使用されている電気メスはありますか？　□ ある（製品名：　　）　□ ない
3.　競合している電気メスはありますか？　□ ある（製品名：　　）　□ ない

☆注意点

1.『医療機器の貸出に関する確認書』と本票の 2 枚をご返信ください。
2. 別紙『ellman-Japan貸出規定』に □ 同意する　□ 同意しない ※チェックのないものは貸出ができません