

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いただきますので、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： <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 二次店 <input type="checkbox"/> 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がありますか？ <input type="checkbox"/> ある (製品名：) <input type="checkbox"/> ない
3. 競合している電気メスがありますか？ <input type="checkbox"/> ある (製品名：) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない ※チェックのないものは貸出ができません