

# 医療機器 査定申込書

FAX 06-4805-1701

年 月 日

お手数ですが、差し支えない範囲で下記にご記入の上、弊社へ送信下さい。ご依頼内容を確認次第、担当よりご連絡差し上げます。

株式会社カクド KAKUDO Co.,Ltd.  
大阪市淀川区西中島 4-2-26 天神第一ビル912  
TEL : 06-4805-1700

## お申込者様

貴院名		様
ご担当者さま		様
ご住所	〒 -	
電話番号		
FAX 番号		
E-mail		
連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail

## 査定物件詳細

装置種類	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 超音波診断装置 <input type="checkbox"/> 一般撮影装置 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他 ( )
機器名	
メーカー名	
型式	
年式 (使用期間)	
取扱説明書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
備考 (付属品・オプション)	(例：プローブ〇本、ワークステーションなど)
設置病院名	(お申込者様と同じであれば未記入でかまいません)
設置場所住所	(お申込者様と同じであれば未記入でかまいません)
撤去予定日	



KAKUDO Co.,Ltd.

FAX 06-4805-1701

FAX 06-4805-1701