



宛先 アローズ株式会社
医療機器査定 依頼書

機器が複数ある場合は、通し番号をご記入下さい

枚目		枚中
日付	/	/

◆お客様情報について (査定機器が複数ある場合、2枚目以降は、貴社名だけで結構です。)

(ふりがな) 貴社名 (施設名)		(ふりがな) ご担当者名	
ご住所		お電話番号	
〒	都 道 府 県	市 群 区	携帯電話番号
		FAX番号	
※ビル名、階数、部署名等までご記入下さい。		E-mailアドレス	
お客様との連絡方法 電話 ・ 携帯電話 ・ FAX ・ E-mail		お返事させて頂く場合の 電話・携帯電話の場合の希望時間帯 いつでも ・ 日付/曜日/時間指定 ()	

◆査定機器について

※機器の種類・商品名・メーカー名・型式・シリアルNo.等は、機器後部等に貼付されているラベルをご確認下さい。
(ラベルの写真をFAXでお送り頂いても査定致します。)

機器の種類 (例) 超音波診断装置など		商品名	
メーカー名	型式	シリアル (製造) No.	
購入時の状況 新品 ・ 中古 ・ リース	購入年月 (使用年数) S ・ H	購入価格 ¥	売却希望価格 ¥
取扱説明書 有 ・ 無	修理点検書 有 ・ 無	保守契約 有 ・ 無	売却希望時期 年 月 頃
オプション・付属品等			
動作に問題がありますか? 無 ・ 有 (どのような状態でしょうか)			
外観の破損・汚れ等 無 ・ 有 (どのような状態でしょうか)			

◆搬出ルートについて

駐車位置まで一人で搬出できますか?	設置フロア F	エレベータ 有 ・ 無	段差 (駐車位置まで) 有 ・ 無	何人ぐらいスタッフが必要だと思われますか? 人
駐車場 有 ・ 無	機器設置住所 (上記住所と異なる場合)			
その他、ご要望・連絡事項等				



FAX送信先 : 03-6434-0836



(お問い合わせ電話番号 : 0800-800-1756)