



医療機器査定申込書

機器が複数ある場合は、コピーをしてご利用ください。

枚目 /	枚中
日付 /	/

複数ある場合は、送信枚数をご記入ください

病院・施設名、貴社名	ご担当者名
住所 〒	TEL 内線 ()
	FAX
	携帯電話
ご希望のご連絡方法 電話 ・ 携帯電話 ・ FAX ・ E-mail	E-mail

査定希望機器について (機器の型式・シリアルNo等は、機器背面部等に貼付されているラベルをご確認ください。)			
機器の種類・機器名	型式		
メーカー名	シリアルNo. (製造番号)		
購入時の状況 新品 ・ 中古 ・ リース	製造年月 (使用年数) 年 月 : 使用年数 年	購入価格 ¥	
売却希望時期 年 月頃	取扱説明書 有 ・ 無	修理点検書 有 ・ 無	保守契約 有 ・ 無
付属品、オプション等がありますか? (「有」の場合、カッコ内に内容をご記入ください。) 有 ・ 無 (内容:)			
動作に問題はありますか? (「有」の場合、その状態をご記入ください。) 有 ・ 無 (状態:)			
外観の破損等がありますか? (「有」の場合、その状態をご記入ください。) 有 ・ 無 (状態:)			

搬出経路について			
機器の設置場所 (上記住所と異なる場合のみご記入ください。)			
駐車場 有 ・ 無	設置フロア 階	エレベーター 有 ・ 無	段差・障害物等 有 ・ 無
その他、ご要望・連絡事項等			

ご記載いただきました内容につきましては、個人情報として厳密に管理し、本査定にのみに使用し、他の目的においては一切使用致しません。



047-113-4676