

医療機器 見積り依頼申込書

FAX 042-628-2528

送付日 年 月 日

お手数おかけしますが わかる範囲で

下記にご記入の上 弊社までお送り下さい。

担当者より連絡いたします。

株式会社ウイングメディカルシステムズ

〒193-0814 東京都八王子市泉町 1161-5

TEL : 050-1332-7793

お客様情報

ご施設名	
ご担当者氏名	
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

お見積り依頼装置情報

モダリティ	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT <input type="checkbox"/> アンギオ <input type="checkbox"/> 一般撮影装置 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> ベッドサイドモニター <input type="checkbox"/> その他 ()
装置名	
メーカー名	
年式(設置年月)	年 月
取扱説明書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
バージョン	
付属品・オプションなど	(CTの場合は 管球使用スライス数等：コイルの種類、プローブの種類など)
現状	<input type="checkbox"/> 使用中 <input type="checkbox"/> 撤去済
設置フロア	<input type="checkbox"/> 地下1階 <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 3階 <input type="checkbox"/> その他 ()
撤去予定日時	年 月 日
ご希望など	