

FAX 送信先 046-241-5586

AED 短期レンタルの申込み

必要な情報をご記入の上、ご返信ください。

会社名又は団体名 個人の方は個人名		
フリガナ		
部署名・役職		
申込み者氏名		
申込み者の住所		
お支払方法		<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 代引き
AED レンタルに関する責任者名 申込者と異なる場合のみ記載してください。		氏名：_____ 連絡先：固定電話 _____ 携帯： _____
連絡先	固定電話 ※固定電話は必ず記載してください。	TEL：_____ FAX：_____
	※携帯電話は配送業者の為にも出来るだけ記載してください。	携帯電話： _____
	メールアドレス	正確をお願いいたします。ハイフンの位置、上中下は特に。 _____ @ _____
主とする利用場所の住所・施設名等		
AED 受取人情報 変更がない場合は不要		氏名：_____ 住所： _____
契約書及び請求書の送信希望方法		<input type="checkbox"/> FAX 希望 <input type="checkbox"/> メール希望 <input type="checkbox"/> どちらでも可 弊社への変身は FAX・メール・郵送のいずれかでご返信下さい。
レンタル期間		年 月 日～ 年 月 日迄
レンタル機種 チェックを入れて下さい		<input type="checkbox"/> 新発売 次世代 AED サマリタン PAD350P サマリタンのパッド選択 <input type="checkbox"/> 成人×2 <input type="checkbox"/> 成人・小児 各1 サマリタンの専用レスキューリュックサック <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> CU-SP1 (小児切替スイッチ付) <input type="checkbox"/> AED-3100 (小児切替スイッチ付) <input type="checkbox"/> ハートスタート HS1 (未就学以上の成人向け) <input type="checkbox"/> ハートスタート HS1+ (未就学以上の成人向け)
レンタル台数		合計 台 <input type="checkbox"/> 複数個所有り
連絡事項		_____ _____

代表者の代理として申し込む場合は、代表者の承諾の下、申し込みをしたものとしします。

申込みを頂きましたでも予約状況等によってはご希望の AED が無い場合も有ります。

予めご了承ください。AED の短期レンタル料金は当社 HP 内にてご確認ください。

AED 短期レンタル料金のお支払は前払い振り込み若しくは代引きとなります。

往復送料はレンタル者側の実費負担となります。

請求書には当社からの送料は別途含まれます。