

様

FAX:

## 代品貸出依頼書

代品貸出をお出しします、太枠内をご記入下さい。返信先 FAX : 03-3874-5091

貴社名		日付	年 月 日
ご所属(支店様名)		担当者名	
住所	〒 -		
TEL		FAX	
ディーラー様名	社名:	支店:	
	担当者様名:		
医院様名			
貸出品ご利用目的 ( <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい)	<input type="checkbox"/> 修理代品 <input type="checkbox"/> デモ品 <input type="checkbox"/> その他( )	直送の有無	有 ・ 無
貸出希望品 商品名・種類を ご記入下さい	(医療用具貸出の際には別途“医療用具に関する確認書”にもご記入下さい)		
発送先情報 (直送時のみ記入)	社名:	支店:	
	担当者様名:		
	住所:〒 -		
TEL		FAX	

\*修理保障保証期間を除き、最終ユーザー様への貸出料金は¥4,800-(税抜) 有料となります。 \*商品を戻す際の費用は貸出料金に含まれておりませんので、ご負担願います。 \*未修理返却の際には見積もり料金を頂きます。

\*デモンストラーションによる貸出は2週間程度の貸出となります。無断の長期使用が発覚した際には別途延滞料を頂戴いたします。 \*万が貸出一破損してしまった場合は弊社商品センターへご連絡下さい。

\*依頼書が送信された時点で上記内容を確認し、同意したものとみなします。



株式会社 東京歯材社

(株)東京歯材社 商品センター

〒110-0004 東京都台東区下谷 3-13-5

TYセンタービル 4F

TEL : 03-3874-5077 FAX : 03-3874-5091

弊社記入欄 ID: 発送処理: 受付担当者: ㊞