


医療機器 査定申込書



 050-3134-7054

下記の項目をご記入いただき、日本エベレックス 050-3134-7054 へFAXをご送信ください

「必須」と記載のある項目は必ず記入をお願いします。*できるだけ詳しい情報を記入いただきますとより正確に査定が可能になります。

お客様情報について

必須	貴社・施設名	
必須	ご担当者名	
必須	住所	〒
必須	電話番号	
	携帯電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
	ご希望の連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話（固定） <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> メール
	希望連絡時間帯	具体的に：

売却希望装置について

必須	機器の種類	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 一般X線 <input type="checkbox"/> 超音波（エコー） <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> DR <input type="checkbox"/> Cアーム <input type="checkbox"/> 外科用イメージ <input type="checkbox"/> 核医学/PET <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）
必須	メーカー名	<input type="checkbox"/> 東芝 <input type="checkbox"/> キャノン <input type="checkbox"/> 日立 <input type="checkbox"/> フジフィルム <input type="checkbox"/> 島津 <input type="checkbox"/> GE <input type="checkbox"/> シーメンス <input type="checkbox"/> フィリップス <input type="checkbox"/> ホロジック <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）
必須	装置名	
必須	型式	
必須	製造年月	<input type="checkbox"/> わかる場合 年 月 <input type="checkbox"/> 不明の場合は購入時期 年 月頃
	オプション・付属品等	<input type="checkbox"/> インジェクター <input type="checkbox"/> ワークステーション <input type="checkbox"/> その他（コイル・プローブ・カセット等） 具体的に：
	購入時の状況	<input type="checkbox"/> 新品 <input type="checkbox"/> 中古 <input type="checkbox"/> リース（リース会社名 _____）
	売却希望時期	年 月 頃
	機器の作動状況	<input type="checkbox"/> 問題なし（正常に作動する） <input type="checkbox"/> 問題有（具体的に： _____）
	不具合等	具体的に：
	外装の破損・汚れ等	<input type="checkbox"/> 大きな問題なし <input type="checkbox"/> 破損・汚れの状態（具体的に： _____）

搬出経路について

敷地内の駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 駐車場有 <input type="checkbox"/> 駐車場無
機器の設置フロア	<input type="checkbox"/> 地下 <input type="checkbox"/> 1F <input type="checkbox"/> 2F <input type="checkbox"/> 3F以上（具体的に： _____）
エレベータの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（人専用） <input type="checkbox"/> 有（ストレッチャー等運搬可能） <input type="checkbox"/> 有（大型貨物用）
段差の有無（駐車場まで）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（どの程度： _____）

* ご記入いただいた個人情報につきましては、当社にて厳密に管理し、本査定およびマーケティングのためのみに利用いたします。

* FAX送信後に連絡がない場合はFAX送受信がうまくいっていない場合がありますので、日本エベレックスにご連絡ください。

(株)日本エベレックス お問い合わせ電話番号 044-276-8498