



FAX:026-259-3385

エアーストレッチャー®株式会社 行

<http://www.airstretcher.com/japanese/>
info.us@airstretcher.jp
order.jp@airstretcher.jp
cappyinc@bird.ocn.ne.jp

年 月 日

エアーストレッチャー無料貸し出し・依頼票

※弊社商品の詳細は、弊社ホームページからご覧いただけます。また、ご必要などころがあれば印刷していただけるようになっておりますので、そちらもご利用ください。
※本票は弊社ホームページから印刷することができますが、用件が複数の場合はコピーしていただきますようお願いいたします。

ご名称 (事業所名含む):	ご所属:	ご担当者名:
	TEL:	FAX:
	E-mail:	
ご住所: 〒 -		
ご送付先名 (送付先が異なる場合はご記入ください):		TEL:
		FAX:
ご住所: 〒 -		

1. 製品を見てみたい・使ってみたい	希望日:	年	月	日	時
--------------------	------	---	---	---	---

◆ ご希望商品内容 ◆

商品番号	商品名	数量	備考

2. 商品の詳細を聞きたいので訪問を希望します	希望日:	年	月	日	時
-------------------------	------	---	---	---	---

3. 商品のデモンストレーションをしてほしい	希望日:	年	月	日	時
------------------------	------	---	---	---	---

希望場所:

お願い

- ※防災訓練が各地で行われ、製品が足りなくなり、ご希望の製品がお貸し出しできなくなる場合がございます。
- ※製品の貸し出し期間は、1週間程度をお願い致しております。尚、送料は弊社で負担致しますので、使用后、返送運賃はご負担下さい。
- ※上記、2. 3. ご希望の方は、弊社から代理店・販売店をご紹介申し上げますので、出入りの医療器機会社様から、弊社宛に一報戴きたくお願い申し上げます。
- ※その他、ご不明な点は下記、余白欄にご記入下さい。
- ※アイテム数が多く記入しきれない場合は、代理店または販売店からのご連絡の際に口頭でお伝えください。

ご質問・ご要望等をご記入ください:

本票を受け取り次第、担当代理店または販売店よりご連絡をさしあげます。