



医療機器査定申込書



FAX

（株）タケメディカル

06-6616-9278



年 月 日

医療機関名	診療科目			
	ご担当者			
ご住所	〒			
電話番号			FAX番号	
（○で囲ってください）				
・ C T			・ M R I	
メーカー・型式			メーカー	
年式（導入年）			型式	
スライス数			年式（導入年）	
トータルスライス数			コイル種類	
最終管球交換時期				
オプションソフト			オプションソフト	
動作	OK ・ NG ()			
売却予定日 （入替予定日）	・直ぐにOK ・ 年 月 日頃（備考： ）			
査定依頼機器 （○で囲ってください）	・ 内視鏡関連 ・ スコープ ・ 超音波診断装置 ・ 眼科機器 ・ その他 ()			
メーカー				
型式			・エコーの場合はプローブ構成 (本)	・コンパ・リニア・マイクロ ・セクター・ケイチツ
年式（導入年）				
動作	OK ・ NG ()			
付属品	あり ・ なし ()			
査定依頼機器合計	点			
使用期間数	・新古品	・1～3年	・4～7年	・10年以上 ・20年以上
査定依頼合計数			点	その他 ・ 入替 ・ 廃棄 ・ 閉院
ご希望連絡曜日	・いつでも 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 （備考： ）			
ご希望連絡時間	・何時でも ・ 午前 時頃 ・ 午後 時頃（備考： ）			
売却予定日（入替予定日）	・直ぐにOK ・ 年 月 日頃（備考： ）			
*ご注意	付属品（例えばケーブル類、内視鏡スコープの送気送水ボタン、タンク、取扱説明書等）が不足している場合、正常に動作しない場合、汚れ（黄ばみやモニター焼け）が著しくひどい場合などがある場合は、減額の対象となりますのでご注意ください。			

* 申込書に記入された内容については、個人情報として秘密を厳守し当該業務のみに使用し、他の目的には一切使用いたしません。