

## デモ器貸出依頼書

貴社名	
支店/営業所	
ご住所	
電話番号	
ファックス番号	
ご担当者名	

貸出先病院名	
--------	--

経由業者名	
ご担当者名	

貸出希望日	年	月	日
返却予定日	年	月	日

✓	商品コード	品名	定価(税抜)
<input type="checkbox"/>	1001124-1	吸引器 SD-130(標準タイプ)	¥480,000-
<input type="checkbox"/>	1001320-1	吸引器 SD-80B(標準タイプ)	¥320,000-
<input type="checkbox"/>	1001321-1	吸引器 <SPIKAL> AK-73D(標準タイプ)	¥280,000-
<input type="checkbox"/>	1001319-1	吸引器 D-73(標準タイプ)	¥240,000-
<input type="checkbox"/>	1003208	携帯用ネブライザー S-76	¥128,000-
<input type="checkbox"/>	1008310	携帯用鼓膜按摩器 IC-58	¥140,000-
<input type="checkbox"/>			

\*お貸出の際の送料は、お客様のご負担になります。

 キッズメディカル株式会社

〒113-0033 東京都文京区本郷2-27-12

TEL:03-5615-8822      FAX:03-5615-8855