



FAX 048-222-8253

Kj 株式会社 K&J

年 月 日

医療機器査定申込書

病院名, 施設名, 貴社名等		ご担当者名	
住所 〒	TEL		
	FAX		
	E-mail		
	ご希望の連絡方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail		

査定機器情報

No.	機器名称・型式	製造年月	製造メーカー	機器状態	備考
1					
2					
3					
4					
5					

通信欄

* K&Jは、ご記入頂いた内容について、本査定のみに使用し、他の目的に使用いたしません。