販売店様用お問い合わせフォーム

送付先：第一医科株式会社

東京都文京区本郷2-27-16

FAX：03-3814-0135

ご依頼内容確認のため、販売店様からのご依頼はFAXにて承ります。

下記ご記入の上、FAXにてお問合せくださいますようお願いいたします。

**必須**　　お問い合わせ種別

□　デモ　　　お貸出期間は1週間で、ご返却時の送料をご負担いただきます。

　　　　　　　ご使用開始日がお決まりでしたら、事前にお知らせください。

　　　　　　　お問合せ内容欄へご希望機種（いずれか1機種）とお貸出先名をご記入ください。

　　　　　　　（ご使用者様が個人の場合は、ご使用者様のカナ氏名をご記入ください）

　　　　　　　※ご本人が操作せず、介助者が操作してご使用になる場合は事前にお知らせください。

* 代替　　　お問合せ内容欄へご使用者様名（個人漢字氏名）とご使用機種をご記入ください。

* 見積　　　ご希望機種と納入先名をご記入ください。
* その他　　お問合せ内容欄へご依頼内容をご入力ください。

**必須**　　御社名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご担当者様

**必須**　　所在地　〒

**必須**　　お電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

**必須**　　お問い合わせ内容

選択いただいたお問合せ内容についてご入力ください。担当者より折返しご連絡いたします。

　　　　貸出機のご依頼については、貸出状況によってご希望に添えない場合がございます。

　　　　あらかじめご了承ください。