レンタル申込書

各項目ご記入の上、下記FAX番号にご返信ください。

1. 申込者情報をご記入ください。

施設名		担当者名	
住所			
TEL		FAX	
E-mail			

2. レンタル台数

	台

3. ご希望の訪問時期、時間帯をご記入・選択してください（※お手数ですが第3希望までご記入ください）

第1希望	希望時期	____ 月（ 上旬 ・ 中旬 ・ 下旬 ）	時間帯	午前 ・ 午後 ・ 時 ～ 時
第2希望	希望時期	____ 月（ 上旬 ・ 中旬 ・ 下旬 ）	時間帯	午前 ・ 午後 ・ 時 ～ 時
第3希望	希望時期	____ 月（ 上旬 ・ 中旬 ・ 下旬 ）	時間帯	午前 ・ 午後 ・ 時 ～ 時

4. 介護ロボット導入支援補助金を活用しての購入も検討していますか？

□	購入予定	□	購入しない	□	分からない

5. その他、介護ロボットでレンタルがあれば良いなと思う製品があればご記入ください。
（介護ロボットレンタル機種追加の参考にさせていただきます！）

- 賃貸借期間中はお客様の責任において賃貸借物品を管理し、原状回復にて返却してください。
- 賃貸借物品が棄損した場合は、速やかに弊社へご連絡ください。
- 賃貸借期間の延長が必要となった場合は、期間終了前にご相談ください。
- お客様の故意又は重大な過失により賃貸借物品に損害が生じた場合は、弊社より修理代金の請求をさせていただきます。
- 弊社は、お客様が賃貸借物品を使用した事により発生した、いかなる直接的・間接的損害について、責任を負わないものとします。

＜ FAX 送付先 ＞

高松帝酸株式会社
本社　医療営業部　渡邉宛　　TEL　087-822-5222　FAX　087-822-4885

その他、ご相談がございましたら上記連絡先へ気軽にお問合せください。

高松帝酸株式会社

補助金を活用した、販売も実施しております！