

ネオガードレンタル依頼書

施設名 _____

_____ 科医師 _____

下記の乳幼児に対して、ご家庭で体動モニタを使用するため、貴社扱いの「ネオガード+NS30」を同乳幼児保護者にレンタル貸し出しをお願いします。

フリガナ

乳幼児氏名 _____

フリガナ

保護者氏名 _____

フリガナ

御住所 〒 _____

TEL _____ 携帯 _____

レンタル期間 _____ ヶ月

お届け希望日 年 月 日

ご希望時間帯 午前中 14時～16時 16時～18時

- お届け先
- 自宅
 - 病院
 - その他

フリガナ

御住所 〒 _____

フリガナ

氏名 _____

TEL _____

令和 年 月 日

イワキ株式会社 ライフサイエンス営業部
東京都荒川区東日暮里 4-12-1 シンコールビル 4階

TEL : 03-6733-0224

送信FAX番号: 03-6733-0225

※当社が業務上収集した個人情報については、これ以外の目的で使用することはない、かつ第三者への開示及び提供は致しません。