

お問合せ用紙 TO:(株)パラギヤ
FAX番号:04-7143-9361

枚目 / 枚中
日付 / /

お客様情報

貴社名(病院名)	御担当者名
住所	電話番号
	FAX番号
	E-mail
御連絡方法 電話 ・ FAX ・ E-mail	御連絡希望日時(月 日 時頃)

御売却検討機器情報

No.	メーカー名	型式	シリアル番号(分かれば)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

搬出ルートについて

設置フロア	1階 ・ 1階以外
エレベーター	有 ・ 無
段差(5cm以上)	有 ・ 無 最大 cm位
駐車場	有 ・ 無
工事日	平日 ・ 土日
工事時間	17時前 ・ 17時以降
その他 御希望事項	