

レンタルAED予約申込書 /  見積依頼書

ご依頼日	年	月	日
------	---	---	---

法人名			
部署・役職名			
御担当者様名			
フリガナ			
お電話番号		FAX番号	
メールアドレス			

郵便番号	〒	
住所		

ご利用希望期間	日間	週間	ヶ月 (最長12ヶ月)
---------	----	----	-------------

ご利用希望日程	年	月	日	~	年	月	日
---------	---	---	---	---	---	---	---

ご希望AED台数	台	希望機種	HS1		FRx
			成人のみ	小児付 (+3,000円)	(小児キー付属)

※希望する機種に○を付けてください。

・お支払方法

- 予約確定後、ご利用前のお支払
- 其他のお支払方法をご希望の場合には、備考欄にご明記ください。

・重要事項説明文

- 重要事項を確認のうえ、申し込みます。  
※重要事項説明文を必ずお読みいただいた上で、チェックをお願いします。

・添付資料(新規お申し込みの際に、同時にお送りください) 【御見積依頼の場合には不要です。】

法人様の場合

- 会社案内等

個人様の場合

- 運転免許証かパスポートのコピー(どちらか1点)

備考欄
-----

※FRxレンタルには小児キーが必ず付属いたします。

※予約申し込みは、ご利用希望開始日より1週間前までにお願ひ致します。

※レンタル貸し出し状況により、ご希望に沿えない場合が御座いますので、予めご了承ください。

※複数台数の場合には、特にお早目の御申込をお願い致します。