

デモ機貸出申込書（兼使用許諾契約書）

下記の貸出条件・規約をご承諾いただき、必要事項をご記入の上、FAXにてご返送ください。
弊社にて申込書を確認後、デモ機の配送についてご案内をさせていただきます。お申込頂いた方は、下記の貸出条件・規約に同意されたものといたします。また、デモ機の実際のご利用者とお申込者が異なる場合は、ご利用者、及びお申込者の双方が規約に同意されたものといたします。

デモ機貸出条件・規約

1. デモ機の貸出は、法人様（企業様・施設様）に限らせていただきます。
2. デモ機の貸出申込は、ご購入を前提にご検討されている方を対象とさせていただきます。
3. デモ機の数に限りがあるため、貸出日のご希望に添えない場合がございます。お申込後、弊社より貸出可能日について回答させていただきます。
4. デモ機は、その性能評価や動作テストを目的としてお貸出するものです。取扱説明書にしたがって、適切にご使用・保管をお願いいたします。
5. デモ機の分解・改造・解析を行わないでください。
6. デモ機の貸出は、日本国内限定とさせていただきます。
7. デモ機の貸出期限は、到着日から1週間（7日間）とさせていただきます。
8. デモ機の返送料は、お客様にてご負担（元払いにて発送）頂けますようお願いいたします。
9. ご返却されたデモ機が、お客様の過失により破損・不具合・欠品が生じた場合は、機器価格の範囲内で修理代または機器代金等をご負担いただく場合がございます。万一、トラブルが発生した場合はすみやかにご連絡ください。
10. デモ機のご使用において生じたお客様への損害等はいかなる場合でも弊社では責任を負いません。

※太枠内をご記入ください。

お申込年月日	年 月 日	ご担当者名	
御社名 (御施設名)			
ご住所	〒 ー		
TEL		FAX	
貸出機種名	MYTREX REBIVE PRO (マイトレックス リバイブプロ)		
ご使用用途			
貸出希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
備考			

※弊社記入欄※

弊社出荷予定日 :
貸出期間 :
発送伝票番号 :
備考 :

受付番号	承認	担当

〒812-0014
福岡県福岡市博多区比恵町 1-18-217
株式会社創通メディカル
TEL: 092-260-7366 / FAX: 092-260-7369

必要事項をご記入の上、FAX 番号
092-260-7369 へご送信ください。

ご送信後、お手数ですが、別途お電話などにて
ご連絡を頂けますようお願いいたします。