**FAX送信先　046-241-5586**

**AED短期レンタルの申込み**　　必要な情報を楷書にてご記入の上、ご返信ください。

デスクトップ上で直接入力の上，メール添付して下さい。contact@japanservice.co.jp

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 会社名又は団体名個人の方は個人名 |  |
| 部署名・役職 |  |
| 申込み者氏名 |  |
| 契約者氏名（代表者又は責任者名） | ※申込者と違う場合のみ記載してください。 |
| 申込み者の住所 | **〒** |
| お支払方法 |  |
| AEDレンタルに関する責任者名申込者と異なる場合のみ記載して下さい。 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　固定電話：　　　　　　　　　　携帯： |
| 連絡先 | 固定電話**※固定電話は必ず記載してください** | TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ※携帯電話 | 配送業者の為にも出来るだけ記載してください。携帯電話：　　　　　　　　　　　　　　 |
| メールアドレス | 正確にお願い致します。ハイフンの位置及び英数字のOと0の違い　　　　　　　　　　　 |
| 主とする利用場所の住所・施設名等 |  |
| AED受取人情報変更がない場合は不要 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：　　　　　　　　　　　　住所：〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 契約書及び請求書の送信希望方法 | 　　　　弊社への送信はメール・FAXのいずれかでお願い致します。 |
| レンタル期間 | 西暦　　月　　日～　　　　年　　　月　　日迄 |
| **レンタル機種と契約プラン及び使い捨て消耗品の補償加入の有無にチェツクを入れて下さい。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 予備パッド付加 |  | 個 | 専用レスキューリュックサック |  |

 |
|  |  |
|  |
| ※使い捨て消耗品の補償の加入の有無（チェツク無き場合は未加入と判断致します。） 　　　 |

 |
| レンタル台数 | 合計　　　台　　　　　 |
| 連絡事項 |  |

# 代表者の代理として申し込む場合は、代表者の承諾の下、申し込みをしたものとします。

申込みを頂きましても予約状況等によってはご希望のAEDが無い場合も有ります。予めご了承ください。

AEDの短期レンタル料金は当社HP内にてご確認ください。

往復送料はレンタル者側の実費負担となります。　請求書には当社からの送料は別途含まれます。