

# 聴くゾウベスト出張貸出・見積り依頼書

項目	記入欄
御社名	
住所	〒 -
ご所属	
ご担当者様名	
使用予定日	20 年 月 日 ご予約が必要です。
実施先住所	
当日の連絡 (携帯電話等)	
メールアドレス	@
料金	基本料金 213,500 円 (税別)  必要なものがありましたらチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 聴診器 ( 本) <input type="checkbox"/> 聴診音源 (正常肺音、異常肺音 _____、正常心音、異常心音 _____、その他の聴診音 _____) <input type="checkbox"/> 症例シナリオ (別途希望内容を確認させていただきます) <input type="checkbox"/> 研修終了後の自己学習用聴診音サイトご利用
お支払い方法	実施日翌日以降に請求書を送付させていただきます。下記口座にご送金をお願いいたします。  ..... 金融機関名 川崎信用金庫高津支店 口座名義 株式会社テレメディカ 口座番号 普通 1201604
お問合せ	テレメディカカスタマーセンター メール <a href="mailto:3sp@telemedica.co.jp">3sp@telemedica.co.jp</a> 電話/FAX 044-712-4565