

FAX 送信方向

FAX 06-6443-2005

【5DT Data glove 5 ultra 貸し出し申込書】



〒550-0003
大阪市西区京町堀3-9-8
Tel: 06-6446-6657
Fax: 06-6443-2005

製品購入のご検討に際しまして、技術的な検証を行う目的として当該機器の貸与を致します。下記の規定をご一読頂き、必須事項とご証明をご記入の上、FAXにてお送り頂けますようお願い致します。

貴社名／学校名	
担当部署	
ご担当者名	
ご住所	〒
TEL／FAX	TEL: FAX:
購入予定時期	
MAIL アドレス	
ご要望	

【貸し出し規定】

- 貸し出し期間は原則として貴社着後、一週間とさせて頂きます。期間延長をご希望の場合は別途ご連絡ください。
- ご返却時、内容物に欠品が無い事をご確認下さい。万が一紛失された場合は、料金をご請求させていただきます。
- 貸し出し期間終了後、ご連絡が無く一週間以上返却が遅れた場合や機器の故障・損傷があった場合は、貸し出し製品相当額をご請求させていただきます。
- 往復送料はご負担下さい。

以上、上記規定を全て承諾した上で機器の貸し出しを希望します。

申込日 年 月 日

ご署名

印