

オーロラ デモ依頼書

(必要な場合、デモ器を持参・説明にお伺い致します。)

日付： 年 月 日

弊社担当者：

代理店様/営業所	/
TEL/FAX/email	- - / - - /
担当者/携帯	/

デモ先

施設名	科/Dr.名	科/
TEL		

デモ器内容

MODEL	商品名	モジュール
<input type="checkbox"/> 60100635	オーロラ フルセット	眼底モジュール、前眼部モジュール
<input type="checkbox"/> 60101078	オーロラ 眼底カメラセット	眼底モジュール

この商品の見積希望： Yes No

この商品の説明は：
 同行希望（日時は電話で打ち合わせる） 同行日時： 月 日
 単独で行なえる

使用用途

<input type="checkbox"/> 一般診療	<input type="checkbox"/> 小児診療	<input type="checkbox"/> 病棟	<input type="checkbox"/> 未熟児
<input type="checkbox"/> 健診	<input type="checkbox"/> 往診及び在宅診療	<input type="checkbox"/> 眼科以外での診療	<input type="checkbox"/> その他 ()

使用経験の有無

過去又は現在、手持ち眼底カメラの御使用経験は 有 無

有の場合、
御使用したモデル ()
御使用中のモデル ()

デモ日程

早急 出来るだけ早く あまり急いでいない

希望期間： 月 日～ 月 日 (2週間を目安に考えてください。)

