

# トノケア 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
2418-P-2000	非接触手持ち眼圧計 トノケア 標準セット (ハンドユニット・ドッキングステーション)

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"/> 眼科外来	<input type="checkbox"/> 病棟	<input type="checkbox"/> 健診	<input type="checkbox"/> 往診及び在宅診療
<input type="checkbox"/> その他 ( )			

## 使用経験の有無

過去又は現在、非接触手持ち眼圧計の御使用経験は  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。)

