

〒140-0001 東京都品川区北品川4-7-35

Kerr製品 デモ依頼 及び 貸出依頼

御殿山トラストタワー15F

カボデンタルシステムズ株式会社 営業サービス推進チーム

デモ及び貸出のご依頼は、太枠内をご記入の上、03-6866-7273へFAXをお願いします。

TEL : 03-6866-7272

FAX : 03-6866-7273

- 申込み受付後、3営業日以内に営業担当者よりご連絡致します。
- ご依頼が多い場合は、順番にお待ちいただく場合がございます。
- 貸出期間は、医院様にてご使用開始日より1週間とさせていただきます。
- SonicFillレジンは、色指定はお受けできません。

ご依頼品情報

お申込日 / /	下記ユニット環境に関し、ご記入ください。（*未記入の場合は対応できない場合もあります。） 他社ユニットご使用の場合は、「カボマルチフレックスカップリング」が必要になります。
●下記ご希望にチェックください。	
<input type="checkbox"/> デモ <input type="checkbox"/> 貸出	<input type="checkbox"/> カボユニット使用
<input type="checkbox"/> SonicFill <input type="checkbox"/> デミ プラス	<input type="checkbox"/> 他社ユニット使用 ユニット名:
	<input type="checkbox"/> エア回路のカップリング、ホースの種類をご記入ください。

①お取引ディーラー名

発 送 先	新 取引先コード	
	ディーラー名:	
	支店名:	
	ご担当者名:	

②医院様名

発 送 先 に お よ び	医院様名:	ご住所:	お電話
	ご担当者名:	E-mail address:	ご連絡にご都合の良い時間帯: — —