



申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

業務用血圧計購入申込書

◆(参考)お申込みから商品のお届けまで(該当しない場合があります)

- ① 下記にご記入の上、FAXにて上記のあて先に送信してください。
- ② 本紙(購入申込書)受付後、「請求書」を郵送いたします。お支払いは指定口座への振り込みとし、振込手数料は、お申込者負担とさせていただきます。
- ③ 入金を確認でき次第、順次発送手続きに入りますので、ご留意ください。(但し、1週間毎に締めて、発送手続きを行う予定であることをご了承ください)
- ④ 都道府県トラック協会助成事業に係る申請手続きについては、所属するトラック協会にお問い合わせください。

価格は税抜・送料込(一部離島を除く)

価格については今後予告なく変更する場合があります。

注文数

株式会社エー・アンド・デイ	全自動血圧計 診之助スリム	①	TM2657WP-JC	90,000円 (税込99,000円)	台
		②	TM2657WVP-JC	95,000円 (税込104,500円)	台
PC接続キット セット BPコレクト(ダウンロードコード)・ケーブル2本 ※PCと血圧計をつなぐものです。点呼ロボットとは接続できません		③	TM2657WP-JC + PC接続キット	105,400円 (税込115,940円)	台
		④	TM2657WVP-JC + PC接続キット	110,400円 (税込121,440円)	台
オムロンヘルスケア株式会社	全自動血圧計 健太郎	⑤	HBP-9030	90,800円 (税込99,880円)	台
		⑥	HBP-9031C	180,000円 (税込198,000円)	台
キヤノンメドテックサプライ株式会社	全自動血圧計	⑦	UDEX-i2 Type II	106,800円 (税込117,480円)	台

所属連合会・協同組合名 大阪貨物運送協同組合連合会
またはトラック協会名

※)日貨協連会員組合・都道府県トラック協会の所属がない場合は空白としてください。

①請求書 送付先	ふりがな		
	事業所・営業所名		
	ご担当者部署名・氏名		
	郵便番号・住所	〒	-
	電話番号・FAX番号	TEL: - -	FAX: - -
②納品先	請求書送付先と同一	← 同一の場合は✓をしてください	
	ふりがな		
	事業所・営業所名		
	ご担当者部署名・氏名		
	郵便番号・住所	〒	-
	電話番号・FAX番号	TEL: - -	FAX: - -
③設置場所	請求書送付先と同一	← 同一の場合は✓をしてください	
	納品先と同一	← 同一の場合は✓をしてください	
	ふりがな		
	事業所・営業所名		
	ご担当者部署名・氏名		
	郵便番号・住所	〒	-
	電話番号・FAX番号	TEL: - -	FAX: - -

見積書送付希望の方のみ、送付方法に○をつけてください。(郵送 ・ FAX)

付属品(各社専用の記録紙・イス等)斡旋をご希望の場合、日貨協連ホームページ掲載の付属品申込書にてお申し込みください。

◆連絡事項等記入欄

◇上記の通り申し込み、請求書を受領後、代金を支払います。

《お客様の個人情報の取り扱いについて》 お客様より預かりしたお名前・ご住所等の個人情報は、商品や代金請求書の発送のために使用いたします。

ご同意の上お申し込みくださいますようお願い申し上げます。

お問合せは、日本貨物運送協同組合連合会まで 〒160-0004 東京都新宿区四谷3-2-5全日本トラック総合会館9F TEL:03-3355-2031

処理欄	受領日	処理者	受領No.
-----	-----	-----	-------