

フタワソニック『無料体験』申込書 (有効期限 年 月 日)

超音波治療器「新型・フタワソニック」1台を借用いたします。

※太枠内のみご記入ください

年 月 日

住所	〒 -	
ふりがな		(同伴保護者名)
氏名	(歳)	
電話	ご自宅 () -	
	携帯電話 () -	
貸出期間	月 日 ~ 月 日	
機器番号	No.	
身分証確認	運転免許証・健康保険証・学生証・その他 ()	

<家庭用医療機器の無料使用に当たって>

- ご家族以外には使用できません。
- 正しく使用すると共に、衛生・保管にも十分注意して下さい。
- 無料体験期間終了後3日以内に返却しない場合、1日あたり千円の使用料を支払うか、購入することをお約束して借用して下さい。
- 使用中に不具合があった際は、治療器の使用を中止し、三升フルオール(株)に連絡の上、その指示に従って下さい。

※注：無料体験終了後ご返却の際、送料はご負担いただいております。

▼身分確認 (コピー貼付欄)
運転免許証・健康保険証・学生証
いずれか1点のコピーを貼付ください。

(注)

- 無料体験期間は原則1週間で、真剣に継続して治療できるかどうかご確認いただくための期間です。
- 18歳未満の方は、同伴保護者名を記入し同伴保護者の身分証を貼付ください。
- ご購入希望の場合、コピー等の貼付は不要です。

担当者印	取扱店印
	株オ三 式一升 会ルフル 社ル

 三升フルオール株式会社
MIMASU FRUOR Co.,Ltd

お客様コールセンター

 0120-117-259
受付時間 10:00~17:00(土日祝日除く)

FAX お申込み

FAX 03-5542-0603
年中無休・24時間受付中

メールお申込み

info@mimasufruur.co.jp
年中無休・24時間受付中