

Suifeel(BYT-JP-H03)レンタル申込書

ご希望のプランに☑をお願いします。

☐ 1ヵ月コース

☐ 3ヵ月コース

☐ 6ヵ月コース

☐ 12ヵ月コース

お申込者（ご契約者）情報

フリガナ			
お名前			
ご住所	〒 -		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
緊急連絡先	氏名：	電話番号：	続柄：
※お届け先がご契約者様と異なる場合のみ、以下にご記入ください。			
フリガナ			
お名前			
ご住所	〒 -		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			

個人情報の取り扱いについて

ご購入者申込書にご記入いただきました個人情報は、本製品購入に際してのお届け、メンテナンスの使用目的以外には利用いたしません。（個人情報の取扱いに際して、個人情報の紛失、改ざん、漏洩などを防止するため、社内規定等に基づき厳重に安全対策を講じます）

本製品に関して、以下の項目をご確認の上、該当する項目に☑してください

・本製品を医療目的で利用できないことを理解しました。	☐ はい
・重篤な疾患で治療中の場合、医師に相談の上、個人の意思で利用することに承諾します。	☐ はい
・レンタル料金・レンタル期間・買取条件・機器返送等について理解しました。	☐ はい

上記に1つでも☑がない場合、本製品をレンタルしていただくことができません。

すべてを理解した上で、フォトン株式会社にSuifeel（BYT-JP-H03）のレンタルを申込みいたします。

令和 年 月 日

署名欄（本人自署）

--