

# デジタルレントゲン貸出しサービス申込書

デジタルレントゲン貸出しサービスに申し込みます。

医院名：

お名前：

住所：

電話：

FAX:

E-Mail:

レントゲンデジタル化に必要な IP プレート・カセットをお貸しいたします。

ただし、現像料・送料は、実費負担していただきます。

デジタル化： 側貌(1枚につき) ￥4,200 (税別)

デジタル化： 側貌(1枚につき) プラス データ ￥4,700 (税別)

(データを入れる USB メモリーなどご準備のうえ、同封してください。)

デジタル化+セファロ分析： ￥4,200+ ￥9,800 (税別)

送料：医院より当社までの宅急便代は各自お支払ください。

株式会社クオリア

〒191-0061 東京都日野市大坂上1-32-2 平野ビル2F

**FAX: 042-585-2956** TEL: 042-585-2967

**E-mail: info@kinoukyousei.com**