

MEDICO'S HIRATA INC.

USB超音波診断
SeeMoreTM

デモンストレーションお申込みフォーム

年 月 日

お名前 _____ ご連絡先 _____
御施設 _____ 御所属 _____

この度は USB 超音波診断装置 SeeMore デモのお申込みを頂きありがとうございます。本シートのご提出をもってデモの正式な申込みとさせていただきますので、ご記入の程よろしくお願ひ申し上げます。日程は調節後ご連絡させていただきます。

該当する項目の□にチェック✓ および（ ）内のコメント記入をお願い申し上げます。

- 施設名・診療科名 ()
- 医師名 ()
- 事前の臨床画像 (SeeMore ホームページ掲載 イメージギャラリー) の確認について
 確認した 確認していない
- 用途/検査内容
 腹部超音波検査 血管穿刺ガイド 神経ブロックガイド
 産科/胎児 FAST 膀胱容量測定 骨/筋/関節
 頸部超音波検査 その他 ()
- 超音波機器の所持について
 所持している (大型・小型) 所持していない
- 超音波診断装置のご購入予定について
 購入予定である (時期 年 月頃 予定) 予定は無い
- デモご希望日程その他コメント

※ご協力ありがとうございました。ご記入頂きました内容につきましては個人情報保護法に基づき弊社内にて管理させていただきます。

ご記入後は(株)メディコスヒラタ営業本部 先崎宛へお送りください。
ご返送用 Fax 番号: 06-6445-2458

MEDICO'S
Hirata