

FAX 03-3295-0136

## ～ 離床センサー 2週間お試し申込書 ～

申込書にご記入の上、ファクスでご返送お願いいたします。

お試し希望製品に○印をご記入ください。			
ベッドセンサー	ツインパッド100		フロアセンサー スタンダードⅢ
	ワイドパッド50		チェアセンサー メロディ16
	サイドセンサー SK100		チェアセンサー R5
ご住所 〒			
施設・病院名			
ご担当者名 (部署・役職名)		電話番号	( )
		FAX番号	( )

## 1. お使いのナースコール子機に○印をご記入ください。

メーカー名	ケアコム						ケアコム(旧ナショナル)	
コネクター	メタコン 2ピン	メタコン 3ピン	メタコン 4ピン	メタコン 4ピン	ブラコン 6ピン	ブラコン 6ピン	メタコン 2ピン	メタコン 2ピン
子機形状	押しボタン	押しボタン	ハンド子機 Rタイプ	ハンド子機 Zタイプ	押しボタンWellタイプ	ハンド子機 Wellタイプ	押しボタン	ハンド子機
記入欄								
メーカー名	アイホン							その他
コネクター	メタコン 2ピン	メタコン 平2ピン	メタコン 4ピン	ブラコン 平5ピン	ブラコン DIN6ピン	ブラコン DIN5ピン	ブラコン DIN3ピン	
子機形状	押しボタン	押しボタン	ハンド子機	ハンド子機	ハンド子機 NFXタイプ	押しボタン NFXタイプ	壁コンセント用	
記入欄								

## 2. 送料について

お試しセットの返却費用は御利用施設様にご負担いただきます。

株式会社アサヒメディケア

〒101-0052 東京都千代田区神田小川町2-10 宇野ビル

電話番号：03-3295-0131

http://www.asahimedicare.co.jp

資料送付日：

年

月

日

施設様向け

令和1年10月