

水素システムジャパン(株) 行
FAX : 045-577-0516

地域の取扱い代理店

名前 :

担当者 :

TEL :

2023年 月 日

小児がん患者・レンタル申込書

レンタル先： (お客様名)	男・女	年齢	才
保証人名：	本人との関係：		
病名：			
状態：			
レンタル期間：	<input type="checkbox"/> 1ヶ月	<input type="checkbox"/> 2ヶ月	<input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 4ヶ月
レンタル機種：	<input type="checkbox"/> SSJ150 水素ガス吸引システム		
レンタル開始 (希望日)：	月	日	～ 月 日

定期検査報告 (月 日)
定期検査報告 (月 日)
定期検査報告 (月 日)