

健康測定機器＜血圧計・ザリッツ＞レンタル申込書

郵送または FAX にてお申し込みください。

申込先:株式会社ウエルアップ 〒220-0005 神奈川県横浜市西区南幸 2-20-5 KDX 横浜リバーサイド 4F

TEL:045-317-7908 FAX 送信先:045-317-7909 e-mail: contact@wellup.jp 担当:岩野・手塚

申込日 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
会社名(機器送付先)		ご担当者様	
住所 (機器送り先)	〒		
電話番号		FAX 番号	
希望 レンタル機器	血圧計 ☐ ザリッツ ☐ どちらかまたは両方へ ☐ を入れてください	事業所記号	
レンタル 開始 (機器到着) 希望日	<血圧計一回目・ザリッツ>		
	第一希望	月	日
	第二希望	月	日
	第三希望	月	日
	<血圧計二回目>1 回目から3ヶ月後		
	第一希望	月	日
第二希望	月	日	
第三希望	月	日	
・お申し込みは先着順となります。 ・希望日を第三希望日までご記入ください。 ・希望日の AM 着で手配させていただきます。 ・レンタル期間は原則 1 週間(5 日間)とし、 ご利用最終日中に必ずご発送をお願いいたします。 ※どの日程でも可能の場合、☐をお入れください。 ☐			
従業員数 (測定予定人数)	名	※資料や消耗品準備に必要なため、必ずご記入ください。	

＜レンタル規約の内容をよくお読み頂き、ご理解頂きましたら以下に☐をお入れください。＞



レンタル規約 URL: <https://x.gd/Yuj9y> ※google drive 上で PDF が表示されます。

レンタル規約の内容を理解しましたので、レンタルを申し込みます。



～お申し込み後の流れ～

- ① 受付 …ご希望の日程を元に日程調整させていただきます。
○ご希望日程で予約がとれた場合⇒ FAX(または、メール)にて”予約内容確認書”をお送りします。
○ご希望に沿えない場合⇒ お電話等で再度ご希望の日程をお伺いいたします。
- ② 機器送付 …発送準備が整いましたら、機器送付のご案内を FAX でお送りいたします。
レンタル機器はヤマト運輸でのお届けになります。
ご希望の AM に届きますので、届きましたら確認して下さい。
- ③ 機器利用 …お困りのことがありましたらお気軽にウエルアップまでご連絡下さい。
機器の不具合や結果の見方などもご相談下さい。
また、測定後はアンケートへのご回答にご協力をお願い致します。(必須)
※アンケートは協会けんぽ鳥取支部様からのご依頼のため、
集計した結果は鳥取支部様に共有させていただきます。
- ④ 機器返却 …パッキングリストを元に梱包して頂き、必ず最終日の集荷受付に間に合うように
最終日前日までにヤマト運輸に集荷依頼をし、返送の手続きをお願いいたします。