

私は（株）徳が定めるレンタル約款に同意して、以下の通り申し込みます。

西暦 年 月 日

法人・団体・店舗名称

役 職

氏 名

印

※法人の申込みでも、必ず個人名でお申し込み下さい。申し込み契約書と約款同意書署名のお名前が違う場合は受付できません。  
※レンタル商品数量には限りがあります。欠品の際にはご希望に添えない場合もあることを、予めご了承願います。

レンタル期間

日間

※レンタル開始希望日は、お申し込み日から土日祝日に3営業日を加えた日以降でお申し込みください。

レンタル開始希望日

年 月 日

出荷が希望日以外となる場合

希望日以外でも 可 ・ 不可

※いずれかを○で囲んでください。

住 所 （ご記載住所へのお届けとなります）

〒

お客様の業種をお知らせください

- ①診療機関 ②薬局・薬店 ③医療関連研究機関  
④フィットネスクラブ ⑤美容健康サロン・エステ  
⑥健保組合 ⑦福祉・介護 ⑧整体・マッサージ  
⑨健康関連製品製造 ⑩健康関連製品販売  
⑪その他（ ）

※お申し込み住所は、会社またはご自宅の住所で承ります。 ※ホテル・展示会場などへの気付発送は承れません。

電 話 番 号

F A X 番 号

※携帯電話番号では承れません。

※FAX番号の記載が無い場合は承れません。

メールアドレスご記入欄  
携帯アドレスは受付できません

お申し込みは  
FAXで

（株）徳



03-6802-0545

### レンタルお申し込み受付票 （徳返答欄）

この度はTOKU Capillaroレンタルをお申し込みいただき、誠に有り難うございます。  
お申し込みいただきました内容に対しまして、以下の通りご返答申し上げます。

1. ご希望通りレンタル出荷準備いたします 2. 申し訳ございません、今回はご希望に添えかねます

- ①レンタル品納品予定日時 年 月 日 午前中（送付先上記申込書記載住所宛）  
②レンタル期間 日間 ③レンタル料金 ￥ （税込）  
④ご返送予定日 年 月 日（ 曜日）（ご返送日を過ぎると延長料金が発生します）  
⑤代金のお支払い方法は、事前振込みでお願いします。

※以上の内容で宜しければ 年 月 日（ 曜日）商品出荷いたします。

株式会社 徳 レンタル事業部 電話 03-6802-0655 業務担当