

平成 年 月 日

( F a x : 0 3 - 3 2 6 5 - 5 8 6 8 )

自治体病院共済会 御中

住 所

病 院 名

担当者名

電話番号

## リ ー ス 予 約 申 込 書

下記のとおり、共済会リースの予約申込をします。

記

- 1 . リース物件名 ( 導入予定機種名がわかれば、記入願います )
- 2 . リース物件の価額 ( 千円 )
- 3 . リース物件の検収予定日 ( リース開始予定時期 )
- 4 . リース希望期間 ( 年数 )