

オペレータークラブ事務局 宛

<FAX> 03-5624-0626 <Email> info@opelaser-club.com

FAX 又はメール添付でご連絡ください。

***** 医院情報確認書 *****

*** 【オペレーター情報】 ****

製品名 : PRO Lite 03S II SP 03S ONE 03S II 03S Nd1・2

製造番号 : _____ 例) BA-003 ZA-1015R

移動日 : 西暦_____年_____月

移動理由 : _____

例) 居抜き開業・譲渡 etc...

*** 【現ユーザー様情報】 ****

医院名 : _____

住所 : _____

TEL : _____ ()

代表者 : _____

*** 【前ユーザー様情報】 *** (わかる範囲でご記入ください) ****

医院名 : _____

住所 : _____

TEL : _____ ()

代表者 : _____