

令和 年 月 日

デモ機お申込み

ご希望の商品名	備考

ご氏名	
住所	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

----- キリトリ -----

返却期限

ご来社の上、ご返却できない場合は恐れ入りますが下記住所まで
お送り頂きますようお願いいたします。

〒144-0052
東京都大田区蒲田5-24-2
損保ジャパン蒲田ビル7階
株式会社カインズ(カインドリネス福祉ネット)
TEL:03-3730-1731
FAX:03-3730-1959
担当者:外岡泰之