

FAX 番号：06-6370-4184

◆下記の必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みください。

臨床試用医療機器試用書

株式会社ビーブランド・メディコーデンタル 殿

年 月 日

所在地：

医療機関名：

T E L：

E-mail：

氏 名：



品名・規格	試用量	試用日(回)数	症例数
キャナリスタ(散・液)	各1個	1回	1例

公正取引規約施行規則及び運用基準

●臨床試用医療機器の定義：医療担当者が当該医療機器の使用に先立って、有効性、安全性について評価するために臨床試用することを目的とする。

医療機器業公正取引協議会

注意事項

- 本臨床試用医療機器試用書は、歯科医師の先生によるご署名もしくはご記名・押印が必要です。
- ご提供は、1医院様につき1セットとさせていただきます。
- 発送先は医療機関のみとなります。
- ご記入いただいた内容は、臨床試用医療機器の提供及び製品の情報提供に利用させていただきます。
また、個人情報については、法令に基づく正当な理由がある場合を除き、第三者への提供は行いません。

