

◎キセノン治療器 修理依頼書

依頼年月日： 年 月 日

【依頼者情報】 ※FAX 番号は御見積書の送付先となりますため必ずご記入ください。

貴社名		ご担当者名	
所在地	〒 ー		
TEL		FAX※	

【ご依頼内容】

ご施設名			
本 体	製造番号	機種名	症 状
			<input type="checkbox"/> 不発光 <input type="checkbox"/> 通電不良 <input type="checkbox"/> 点検 <input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 不発光 <input type="checkbox"/> 通電不良 <input type="checkbox"/> 点検 <input type="checkbox"/> その他 ()
導 子	製造番号	品 番 ・ 品 名	症 状
			<input type="checkbox"/> 不発光 <input type="checkbox"/> 通電不良 <input type="checkbox"/> 点検 <input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 不発光 <input type="checkbox"/> 通電不良 <input type="checkbox"/> 点検 <input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 不発光 <input type="checkbox"/> 通電不良 <input type="checkbox"/> 点検 <input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 不発光 <input type="checkbox"/> 通電不良 <input type="checkbox"/> 点検 <input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 不発光 <input type="checkbox"/> 通電不良 <input type="checkbox"/> 点検 <input type="checkbox"/> その他 ()

※当依頼書は、ご施設名毎にご作成ください。

【修理依頼品送付先】

国際交易株式会社
〒102-0083 東京都千代田区麹町4-1-4
TEL:03-3239-3571/FAX:03-3237-7138
※治療器本体の修理ご依頼の場合は、修理品発送の前に必ず上記 TEL 番号にご連絡ください

弊社使用欄

受付 No.	受付日	担当者