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 | 〒 　 － | | |
| TEL |  | FAX※ |  |

【ご依頼内容】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ご施設名 | |  | |
| 本　体 | 製造番号 | 機種名 | 症　状 |
|  |  | 不発光　通電不良　点検　その他（　　　　　　　　　　） |
|  |  | 不発光　通電不良　点検　その他（　　　　　　　　　　） |
| 導　子 | 製造番号 | 品　番　・　品　名 | 症　状 |
|  |  | 不発光　通電不良　点検　その他（　　　　　　　　　　） |
|  |  | 不発光　通電不良　点検　その他（　　　　　　　　　　） |
|  |  | 不発光　通電不良　点検　その他（　　　　　　　　　　） |
|  |  | 不発光　通電不良　点検　その他（　　　　　　　　　　） |
|  |  | 不発光　通電不良　点検　その他（　　　　　　　　　　） |
|  |  | 不発光　通電不良　点検　その他（　　　　　　　　　　） |

※当依頼書は、ご施設名毎にご作成ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 弊社使用欄 | | |
| 受付No. | 受付日 | 担当者 |
|  |  |  |

【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