

【 修理依頼書 】

会社名			
部署名			
ご担当者様			
住 所	〒		
TEL		FAX	
E-Mail			
機種名		シリアル No.	
故障内容			
添付品			

修理費用ご請求先 (製品ご購入先)	会社名			
	部署名			
	ご担当者様			
	住 所	〒		
	TEL		FAX	

修理完了品 ご返送先	会社名			
	部署名			
	ご担当者様			
	住 所	〒		
	TEL		FAX	

修理事前お見積り	<input type="checkbox"/> 必要	・	<input type="checkbox"/> 不要
----------	-----------------------------	---	-----------------------------

※修理事前お見積り後に修理を実施しない場合は、所定の検査費用（見積費用）を申し受けます。
 但し、修理を実施した場合には検査費用のご請求は致しません。

※修理事前お見積りは概算ですので、実際の金額と異なる場合がございます。

※修理費用（検査費用）は、製品をご購入頂きましたルートにてご請求致します。

※修理時に装置内部の解析を行いますので、設定内容などが初期化される場合がございます。

修理依頼品 送付先／お問合せ先
株式会社 ドッドウエル ビー・エム・エス メディカル事業本部 ニューロン製品担当 〒103-005 東京都中央区日本橋久松町12番8号 6F TEL : 03-3249-6247 FAX03-3249-6254