     年　     月　     日

**【　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 | | 必要　　　　　　・　　　　　　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** |