

年 月 日

【 修理依頼書（ニューロン製品用）】

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		
※修理は「製品をご購入いただいた販売店様経由」でご依頼ください（ご請求も同ルートとなります）。			
※事前見積は概算ですので、実際の修理金額と異なる場合がございます。			
※修理事前お見積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いたしません。			
※修理作業の都合で「装置を初期化して出荷時標準設定でのご返却」とな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 ドッドウェル ビー・エム・エス

メディカル事業本部 ニューロン製品担当

〒168-0082 東京都杉並区久我山1-7-41 岩崎通信機11号館2階

TEL: 03-3249-6295 FAX: 03-3249-6299 Mail: card-info@dodwellbms.co.jp

[*] 2025年6月に移転いたしました

(2025-06)

