

## 【ハンドピース メンテナンス依頼カード】



下記の医療機器について、保守点検業務を委託します。

※このカードに記入しハンドピースと共に送付してください。

【お客様情報】				
住所	〒	—	都道府県	TEL
	-----			FAX
	-----			Email
医院名				ご担当者様
【ハンドピース情報】				
	メーカー	モデル	シリアル番号	症状 (該当の症状に✓をつけてください)
1				<input type="checkbox"/> 回転不良 <input type="checkbox"/> チャック不良 <input type="checkbox"/> その他 ( )
2				<input type="checkbox"/> 回転不良 <input type="checkbox"/> チャック不良 <input type="checkbox"/> その他 ( )
3				<input type="checkbox"/> 回転不良 <input type="checkbox"/> チャック不良 <input type="checkbox"/> その他 ( )
【お見積りについて】			【コメント (ご意見・ご要望ございましたらご記入ください)】	
<input type="checkbox"/> お見積り不要 <input type="checkbox"/> 税込金額が 15,000 円以下はお見積り不要 <input type="checkbox"/> お見積り希望 <small>※お見積りは電話、メールまたは FAX にてお伝えいたします。                      ※見積り後にキャンセルになった場合、元の状態に復元できないことがあります。                      ※弊社で対応不可と診断された場合、お見積りに対してキャンセルとなった場合は、お見積り料金はかかりませんが、ハンドピースは着払いで返送させていただきます。</small>				
<small>【このカードの送付・お問い合わせ先】 B.A. JAPAN メンテナンス窓口 : 050-1742-7777 / support@bajapan.co.jp / 大阪府茨木市春日 1-1-1-1F</small>				

## 【ハンドピース メンテナンス依頼カード】



下記の医療機器について、保守点検業務を委託します。

※このカードに記入しハンドピースと共に送付してください。

【お客様情報】				
住所	〒	—	都道府県	TEL
	-----			FAX
	-----			Email
医院名				ご担当者様
【ハンドピース情報】				
	メーカー	モデル	シリアル番号	症状 (該当の症状に✓をつけてください)
1				<input type="checkbox"/> 回転不良 <input type="checkbox"/> チャック不良 <input type="checkbox"/> その他 ( )
2				<input type="checkbox"/> 回転不良 <input type="checkbox"/> チャック不良 <input type="checkbox"/> その他 ( )
3				<input type="checkbox"/> 回転不良 <input type="checkbox"/> チャック不良 <input type="checkbox"/> その他 ( )
【お見積りについて】			【コメント (ご意見・ご要望ございましたらご記入ください)】	
<input type="checkbox"/> お見積り不要 <input type="checkbox"/> 税込金額が 15,000 円以下はお見積り不要 <input type="checkbox"/> お見積り希望 <small>※お見積りは電話、メールまたは FAX にてお伝えいたします。                      ※見積り後にキャンセルになった場合、元の状態に復元できないことがあります。                      ※弊社で対応不可と診断された場合、お見積りに対してキャンセルとなった場合は、お見積り料金はかかりませんが、ハンドピースは着払いで返送させていただきます。</small>				
<small>【このカードの送付・お問い合わせ先】 B.A. JAPAN メンテナンス窓口 : 050-1742-7777 / support@bajapan.co.jp / 大阪府茨木市春日 1-1-1-1F</small>				