

# 【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>					