

修理・校正依頼シート

ご依頼日: _____ / _____ / _____

迅速で確実なサポートをご提供させていただくため、下記にご記入の上、FAXまたは装置と同梱してお送り下さい。

【修理校正依頼品の送付先】

〒151-0072
東京都渋谷区幡ヶ谷1-21-8
英弘精機株式会社 カスタマーサポートグループ
TEL : 03-3469-5908 FAX : 03-3469-5897

【代理店様情報】

御社名 _____ 御氏名 _____
御部署名 _____ TEL _____
e-mail _____ FAX _____
御住所 〒 _____

【エンドユーザー様情報】

御社名 _____ 御氏名 _____
御部署名 _____ TEL _____
e-mail _____ FAX _____
御住所 〒 _____

【対象製品】

お送りいただく製品名と、それぞれの台数をご記入下さい。シリアルNo.がお分かりになれば、下の欄にご記入下さい。

<input type="checkbox"/> MS-	_____ 台	<input type="checkbox"/> MS-	_____ 台	<input type="checkbox"/> MP-	_____ 台	(その他の製品)	
<input type="checkbox"/> MS-	_____ 台	<input type="checkbox"/> MS-	_____ 台	<input type="checkbox"/> MP-	_____ 台	<input type="checkbox"/>	_____ 台
<input type="checkbox"/> MS-	_____ 台	<input type="checkbox"/> MS-	_____ 台	<input type="checkbox"/> MP-	_____ 台	<input type="checkbox"/>	_____ 台
<input type="checkbox"/> MS-	_____ 台	<input type="checkbox"/> MS-	_____ 台	<input type="checkbox"/> MP-	_____ 台	<input type="checkbox"/>	_____ 台
<input type="checkbox"/> MS-	_____ 台	<input type="checkbox"/> MS-	_____ 台	<input type="checkbox"/> MP-	_____ 台	<input type="checkbox"/>	_____ 台
<input type="checkbox"/> MS-	_____ 台	<input type="checkbox"/> MS-	_____ 台	<input type="checkbox"/> MP-	_____ 台	<input type="checkbox"/>	_____ 台
<input type="checkbox"/> MS-	_____ 台	<input type="checkbox"/> MS-	_____ 台	<input type="checkbox"/> MP-	_____ 台	<input type="checkbox"/>	_____ 台
<input type="checkbox"/> MS-	_____ 台	<input type="checkbox"/> MS-	_____ 台	<input type="checkbox"/> MP-	_____ 台	<input type="checkbox"/>	_____ 台

【ご依頼内容】

ご依頼内容にチェックを入れて下さい。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ISO校正(トレーサビリティ証明書付) | <input type="checkbox"/> 修理(症状を以下にご記入ください) |
| <input type="checkbox"/> 気象庁検定 | <input type="checkbox"/> 点検・動作確認 |
| <input type="checkbox"/> 社内校正 | <input type="checkbox"/> その他(具体的に以下にご記入ください) |

【装置のシリアルNo.(分かれば記入)、症状、依頼内容詳細】

※注意事項※

- ・ 製品送付の際は、十分な緩衝処理を行って下さい。