

依頼日 年 月 日

# 《製品修理依頼書》

宛先：JBAT お客様相談センター FAX：0120-28-3977 : 0120-28-3933

## お客様相談センター記入欄

修理受付番号：\_\_\_\_\_ 受付担当：\_\_\_\_\_

Fax 送信者  \_\_\_\_\_ その他 《お名前 \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_》

### 【依頼元】

【訪問修理の場合 設置先】

【宅配修理の場合 返却先】

・会社名 \_\_\_\_\_

・会社名 \_\_\_\_\_

・住所 〒 \_\_\_\_\_

・住所 〒 \_\_\_\_\_

・部課名 \_\_\_\_\_

・部課名 \_\_\_\_\_

・役職・名前 \_\_\_\_\_

・役職・名前 \_\_\_\_\_

・Tel: \_\_\_\_\_ /Fax: \_\_\_\_\_

・Tel: \_\_\_\_\_ /Fax: \_\_\_\_\_

下記製品の修理をお願いします。(内容の記載は、なるべく具体的にご記入下さい)

訪問修理希望  宅配修理希望

《機種名、モデル名》 \_\_\_\_\_ (例: PowerLaser E940)

S/N \_\_\_\_\_

オプション \_\_\_\_\_ (例: 増設500枚)

保証期間\*1\*2  保守契約 契約番号 \_\_\_\_\_  保証期間外 \*1

- \*1 基本サービス外及び保証期間外の場合、有償修理となりますので下記 に、請求先の記入・捺印をお願いします
- 製品を、検査・修理見積をご提示した後、お客様都合によりキャンセルされた場合、見積検査費用を申し受ける場合があります
- 機種により宅配修理及び訪問修理の対応が出来ない場合がありますので、上記電話番号にてご確認願います

・購入日(設置日) 年 月 日

\*2 『保証書(COPY可)を添付してください、保証書が無い場合は保証期間外の対応となります』

### 《発生頻度》

電源投入時  時間がたつと  常時  時々(1日に2~3回)  たまに(2~3日に1回)

### 《障害発生時の様子 具体的にご記入下さい》

障害発生日： 月 日

請求先 / 【有償修理の場合】必ず \_\_\_\_\_ にご記入・捺印をお願いします。》

住所 〒 _____	電話番号： _____ - _____
会社名： _____	FAX： _____ - _____
部課名： _____	役職・お名前 _____ 印
支払条件：月末締め、翌月末現金払い	備考： _____

お客様の個人情報につきましては弊社の「個人情報保護方針(<http://www.jbat.co.jp/corporate/privacy.html>)」に従い、個人情報の適切な保護・管理につとめます。

## 障害機発送先住所

宅配修理の発送先住所は機種により異なりますので別途ご案内致します。

2008/4/1 より、株式会社アプティから JB アドバンステクノロジー株式会社へ社名変更致しました。