

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

Tel：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 ☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ その他 《お名前 _____ Tel: _____》

①【依頼元】

・会社名 _____
・住所 〒 _____
・部課名 _____
・役職・名前 _____
・Tel: _____ /Fax: _____

②【訪問修理の場合 設置先】 【宅配修理の場合 返却先】

・会社名 _____
・住所 〒 _____
・部課名 _____
・役職・名前 _____
・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: PowerTyper S2000)

S/N _____ オプション _____ (例: ASF)

☐ 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③に、請求先の記入・捺印をお願いします
- 交換後の旧部品は弊社の所有になります
- 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
- 機種により訪問修理及び宅配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③にご記入・捺印をお願いします。》**

③ 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。(送料は双方元払いとさせていただきます)
又、送られてきた箱の強度が不足していると判断されると、弊社の通い箱でご返却する場合がございます。
(返却時の通い箱は送料元払いにて、必ず発送元へご返却をお願いします)