

修理ご依頼票

ご依頼日 年 月 日

株式会社セコニック 営業部 業務グループ 行

※お手数ですが、迅速・確実な修理を進めるために、網掛部分に必要事項をご記入の上、必ず製品(修理品)に添付してご依頼下さい。

☆代理店様・販売店様

セコニック受付担当:

貴社名		電話	
部署名		F A X	
ご担当者		e-m a i l	
ご住所	〒	—	

☆お客様

貴社名・貴校名		電話	
部署名		F A X	
ご担当者		e-m a i l	
ご住所	〒	—	

☆にチェックマーク、網掛部分にもれなくご記入下さい

機種名	S R -	製造番号	C
ご使用ソフト	社名:	ソフト名:	
お買上日	年 月 日	お買上社名	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
修理品ご返送先	<input type="checkbox"/> 代理店・販売店 <input type="checkbox"/> お客様(1-サー-)	事前見積	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 修理進行OK
付属添付品	<input type="checkbox"/> 保証書 <input type="checkbox"/> その他()		

故障頻度	<input type="checkbox"/> 電源ON時 <input type="checkbox"/> 使用開始直後 <input type="checkbox"/> 使用開始後 約 分 <input type="checkbox"/> その他()
故障内容	
具体的に必ず ご記入下さい。 エラーメッセージ (液晶表示)等	

ご希望納期	年 月 日
-------	-------

- * 修理品発送の際、梱包状態によっては輸送中に破損が発生し、修理不能になる場合がございます。
修理品の輸送は必ず製品梱包箱をご利用下さい。(製品梱包箱は有償販売しておりますのでご連絡ください。)
- * 保証期間中の場合、必ず保証書を添付してください。
- * **実際にご利用のシートも10枚程度添付してください。** ←必ず添付して下さい
- * お送り頂いた修理品は、弊社規定料金で修理させていただきます。(特殊事情がある場合は除きます)
- * お客様から弊社に直接修理を御依頼された場合、弊社指定代理店からご請求させていただきます。
- * 修理期間は、OMRが弊社到着後二週間となります。(混雑状況により変動する事もございます)

【お問合せ】
株セコニック 営業部 業務グループ
TEL:03-3978-2317 FAX:03-3922-2144
e-mail : omr-s@sekonic.co.jp

【修理品の送り先】
株セコニック 営業部 業務グループ 修理受付担当宛
〒178-8686 東京都練馬区大泉学園町7-24-14
TEL:03-3978-2317