

# 機械修理依頼書

依頼日：平成 年 月 日

※下記に必要事項を記入し電話確認の上、FAXして下さい

お客様名		担当者名	
お客様住所			
		定休日	
TEL		FAX	
メーカー名	※わからない場合は無記入でも構いません		
修理商品名		購入日	
No.	製造	修理代 見積もり	必要・不要
(故障内容)	(付属品)		
代替機	必要・不要	※有料の場合がございます。 ※代替機がない商品もございます。	
条件	※ 修理代は代金引換、又は先入金となります。送料は着払いとなります。 ※ 修理が不可能な製品もございます。 ※ 見積もり送付後、修理をご希望にならない場合は検査費・送料(着払い)のみ別途ご負担となります。 ※ 「お見積もり」が出るまでの間に、経過をどうしてもお知りになりたい場合は、お調べすることも出来ませんが、別途「経過調査代」として、料金を頂くこととなります。 ※ 見積もりの必要・不要に記入が無い場合、確認無く修理させていただく場合がございます。 ※ 修理期間は機械によっては相当かかる場合もございます。 予め、ご了承の上ご送付下さいませ		

貴店舗で故障している美容機器の修理を致します。  
弊社以外で購入されたものでも構いません。

**株式会社 メディカルマインド**

〒720-0825

広島県福山市沖野上町 1-1-20

TEL.084-927-5855 FAX.084-927-5856

E-Mail info@medicalmind.co.jp