

修理依頼書



※本依頼書をご記入の上、製品に添付して下記までお送りください。

〒140-0002

東京都品川区東品川 1-2-5 リバーサイド品川港南ビル 6F

株式会社バイタル宛 TEL : 03-3458-1261

お客様名 (代理店名)		ご依頼日	
ご住所	〒		
連絡先	TEL :	FAX :	
病院名			
(株)バイタル 営業担当者名			
修理品名 又は 品番	シリアル 又は UDI (固有識別番号)		
<p>依頼内容・不具合内容 ※できるだけ詳しく具体的にご記入ください。</p>			
<p>別途ご要望がありましたら、下記にご記入ください。</p>			
<p>【修理品返送先】</p> <p>お客様 (代理店) 宛</p> <p>その他送り先</p> <p>ご住所 : 〒</p> <p>会社名 (病院名) :</p> <p>ご担当者名 :</p> <p>TEL :</p> <p>弊社営業からの持ち込み</p>			

※弊社記入欄

受領日	
受領者名	
管理番号	