

# 修理依頼書

太枠内のご記入をお願いします。

ご依頼日	
施設名	
貴社名	
営業所・支店名	
ご住所	〒  
ご担当者様氏名	
電話番号	
FAX番号	

洗浄・滅菌の 実施について	<input type="checkbox"/>	(該当する場合は左の□にチェックを入れてください。) 修理依頼品が洗浄・滅菌されていることを確認済である。
------------------	--------------------------	--

※安全衛生管理のために修理依頼品が病院様で洗浄・滅菌の実施されたことご確認下さい。  
洗浄・滅菌済されたことが確認できない修理依頼品は、お受け取り致しかねるため、  
**送料をお客様負担にて返却**させていただきます事、ご理解、ご了承下さい。

No.	修理品・品番	数量	症状・修理ご依頼内容
1			
2			
3			
4			
5			

至急対応	<input type="checkbox"/>	(該当する場合は左にチェックを入れてください。) 至急対応を希望する。
------	--------------------------	--

※至急対応ご希望の場合は修理実施のご返答から5営業日以内での返却となります(カラーコード等の  
特殊加工を除く)。  
至急対応料金¥5,000(税別)を別途申し受けます。尚、至急対応をご希望されても製品の状態に  
より対応できない場合がありますのでご了承下さい。

※修理依頼品は弊社取扱い製品の鋼製小物に限ります。

※修理依頼品の検査及び修理作業時における錆・孔食または経年劣化が原因の破損は、  
その責任を負いかねますので、予めご了承下さい。

※納期につきましては修理実施のご返答から4週間以内でのご返却の予定で作業を進めています。

※ロゴマーク・品番等は作業上の都合で消えてしまうことがあります。あらかじめご了承下さい。

<b>【修理品・送付先】</b> 〒111-0042 東京都台東区寿1-8-1 寿マンション1階 株式会社ユニメディック 東京営業所 メンテナンス事業部 TEL : 03-5828-7401 FAX : 03-5828-7402
---