

## FAX用 修理・見積 依頼書

依頼日： 年 月 日

|                            |   |       |  |
|----------------------------|---|-------|--|
| お名前をご記入の上 該当する箇所を○でお囲みください |   | ご担当者様 |  |
| 歯科医院 様                     |   |       |  |
| 技工所 様                      |   |       |  |
| お電話番号                      |   |       |  |
| ご住所                        |   |       |  |
| メーカー                       |   |       |  |
| 品 名                        |   |       |  |
| 症状                         | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 作動不良</li><li>・ 水漏れ</li><li>・ 断線</li><li>・ 異音発生</li><li>・ 異臭発生</li><li>・ その他<br/>( )</li></ul> | 具体的に  |  |

できるだけ詳しくご記入ください。

熊本県八代市通町 4-39-102

メディカル・エイト

**FAX番号 0965-62-9051**

矢印方向からの送信ご協力よろしくお願ひいたします

