

# 不具合連絡票

(太枠内をご記入下さい)

伝票No. \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> 修理依頼		<input type="checkbox"/> 初期不良が疑われる場合(到着後1週間以内)		(いずれかに✓)			
連絡日	年 月 日	会員氏名					
診療所名			担当者氏名				
住所	〒						
(TEL)			(FAX)				
不具合製品名		およその購入日	数量	使用頻度			
▼修理依頼の場合、以下必須回答(無回答の場合、「不要」のものと見なします。)							
概算見積の要否: 必要 / 不要		※ 概算見積、推奨整備提案は、別途調査費用が必要になる場合があります。					
推奨整備の提案: 必要 / 不要		※ 推奨整備提案不要の場合、依頼内容以外の点検は行いません。					
		※ お預かり期間中の貸出用代替品はございませんので、ご了承下さい。					
不具合の内容 (その他気になる点及び修理が必要な箇所があれば、併せてご記入ください。)							
発生日時			発生場所				
発生時の詳細な状況 (不具合発生時の使い方、予兆の有無と状況、不具合の概要を詳細にご記入下さい。)							
お打合せ内容の確認欄 (修理品受領後にお打合せを行った場合に、内容をご確認頂くために使用します。)							
※上記打合せ内容についてご確認のうえ、右欄に署名してFAX等でご返送下さい。					署名欄		
<財団使用欄>							
財団向発送日	受領日	製造所引渡日	修理完了日	受領、検品日	返送日	発送通知	到着確認
依頼受付日	受付者	備考欄			検品者	完了日	



構造医学研究財団  
Structural Medical Science Research Foundation

TEL  
FAX

096-371-0730  
096-364-9910