

修理依頼票

本票を印刷し太枠内をご記入の上、修理品に添付してください（*印はご記入必須項目です）。

1. お客様情報

法人名	
部門/部署名	
ふりがな	
* ご氏名	様
* ご返送先 (ご住所)	〒 -
* 電話番号	()
FAX番号	()
e-mailアドレス	@ <input type="checkbox"/>

※e-mail アドレスをご記入頂きますと、返却時に配送業者の伝票番号をご通知します

2. 商品情報

品番（型番）	
* 故障内容 <input checked="" type="checkbox"/> を入れるか、 内容をご記入 ください	<input type="checkbox"/> 部品が破損（変形）した <input type="checkbox"/> 貫通しない <input type="checkbox"/> ロットガードが回転しない <input type="checkbox"/> まっすぐ切れない <input type="checkbox"/> 削れない <input type="checkbox"/> その他（下に症状を具体的にお書きください）
ご使用状況 <input checked="" type="checkbox"/> を入れて ください	修理対応向上の為、ご記入ご協力お願いします。 ご購入時期 <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 5年以上 ご使用頻度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に数回 <input type="checkbox"/> 月に数回 ご使用人数 <input type="checkbox"/> 単独使用 <input type="checkbox"/> 共同使用

3. 修理品送り先

〒124-8588 東京都葛飾区立石3丁目7番9号
カール事務器 株式会社 修理係宛て TEL 03-3695-5379

4. ご注意点

- ・弊社までの修理品発送料はお客様負担でお願いします。
- ・純正カートン（元箱）が無い場合は、配送時の衝撃による二次不具合が生じない梱包をお願いします。
- ・替刃などの消耗品及び機能部品でない物の交換は定額修理料金の対象外です。替刃は市販品を別途お求めください。
- ・ご記入頂きましたお客様情報は、修理サービスにのみ利用し、それ以外には利用しません。