日付　　年　　月　　日

修理依頼書

※下記ご記入の上、先に右に FAX 願います。商品発送の際はこちらの用紙を同梱し、早めにお送り下さいますようお願いいたします。

貴社名 TEL　　FAX	→	システムサコム工業㈱ FAX：03-6659-9264

商品名		数量	
ｼﾘｱﾙ NO			
購入日	年　　月　　日		

【故障内容】

●症状、繋ぎ方、ご使用方法などを詳しくご記載下さい。
●考えられるきっかけの様なものがあれば会わせて御記載下さい。

【事前見積り】　　要　／　不要

【代替品】　　要　／　不要

“要”の場合、送付先：〒

※代替品は修理完了後 1 週間以内に下記へご返却下さい。滞納・紛失があった場合代金をご請求させて頂きますのでご注意下さい。

■手配完了後の連絡/請求先(〒・住所・ご担当者名・電話番号記入)

【送付先】システムサコム工業　株式会社
サコムサポートセンター
〒634-0834
奈良県橿原市雲梯町 390-29
TEL：070-6487-1413

※送料について:往復共にお客様の負担とさせていただきます。
往きの送料は、着払いとなりますのであらかじめご了承下さい。

【弊社記入欄】

代替品		不良品返却日	完了品発送日
発送	返却		