日付　　年　　月　　日

修理依頼書

※下記ご記入の上、先行で FAX または Mail にてご依頼願います。
ご依頼後は修理品にこちらの用紙を同梱し、早めに発送してください。

貴社名 TEL　　FAX	→	システムサコム工業㈱ FAX：03-6659-9264 Mail：info@sacom.co.jp

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】　要　　/　　不要

【代替品】　　要　　/　　不要　※**着払い**での発送になります。
“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　修理担当
〒130-0021　東京都墨田区緑 1-22-5 州ビル 4 階
TEL：03-6659-9261

【弊社記入欄】

代替品		修理品到着日	修理完了品発送日
発送	返却		

※修理品/修理代替機の送料は往復お客様ご負担とさせて頂いております。
※外的要因や使用方法などに起因した故障の場合、保証期間内であっても有償対応となる場合がございます。