

検査・修理依頼書

- ◆検査・修理依頼書は現品に同封してください。また、控えをお手元にお持ちください。
(ご使用条件等の確認のため、お問い合わせをさせていただく場合があります)
- ◆送料はお客様負担とさせていただきます。(当社から返却する際は、特別な発送の場合を除き当社にて負担します)
- ◆検査料金は無料です。
- ※カプリング・スプロケット等お客様の部品が付いている場合は、当社製品単体でお送りください。
- ※不具合内容確認のため、現品を分解する場合があります。また、分解状態でご返却する場合があります。

■製品情報 ※の項目は必須です。必ずご記入ください。該当する□印には☑を付けてください。

依頼内容※	☐ 検査＋修理見積（お客様からの回答後、修理対応いたします） ☐ 検査のみ（修理をご希望されない場合）
製品名※	
製造番号	・製品の銘板に記載の7桁～12桁の英数字をご記入ください。
台数※	台
現象※	☐ 動作しない ☐ 異常音 ☐ 振動大 ☐ 発熱 ☐ パワーランプが点灯しない ☐ アラームが点灯する ☐ その他（ ）
発生状況※ （400字以内）	現象の詳細をご記入ください。 発生日： 年 月 日 過去の発生： ☐有 ☐無 発生頻度： ☐常時 ☐時々 ☐その他（ ） 使用期間： ☐使用后（ 年 ヶ月 日 時間） ☐初回通電時 ☐開梱時 ☐不明
報告書※	正式検査報告書（正式検査報告書の前に一報報告をいたします）： ☐ 必要 ☐ 不要
連絡欄 （300字以内）	検査報告書“要”の場合で、報告書宛名がご依頼元と異なる場合は連絡欄にてご指示ください。

■お客様情報 ※の項目は必須です。

ご依頼日： 年 月 日

会社名※	フリガナ	
部署名		
お名前※	フリガナ	フリガナ
	(姓)	(名)
住所※	〒	
連絡先	電話番号※	FAX 番号
	メールアドレス※	

※お名刺を貼り付けていただいても結構です。またメールアドレスをお持ちでないお客様はFAX番号をご記入ください。

■**受付窓口**（現品・依頼書送付先）

オリエンタルモーター株式会社
アフターサービスセンター
検査・修理受付係

〒300-2635 茨城県つくば市東光台 5-8-3
TEL：0120-911-271 FAX：0120-984-815
E-mail:service@orientalmotor.co.jp

オリエンタルモーター株式会社