

修理代品貸出依頼表（お取扱店様用）

様 代品依頼書のフォーマットをお送りいたします。

※当日出荷受付時間：14時まで

株式会社JM Ortho

代品貸出担当者 宛 （FAX：03-5281-4716／TEL：03-5281-4711）

		ご依頼日	年 月 日
貸出先名		ご住所	
フリガナ		〒	
修理品名		シリアルナンバー(器体背面など確認)※必須	※シリアルナンバーについて※ 修理不可の型番であるケースがございますので、修理品のシリアルナンバーは必須です。 また修理品の型番に合わせて同等品の代品をお選びします。
貸出品希望品名		代品SN(※JMOC記載欄)	
お取扱店様01		ご住所	
	ご依頼者	〒	
お取扱店様02		ご住所	
	ご依頼者	〒	
		お電話番号／FAX番号	
		TEL：	
		FAX：	
		お電話番号／FAX番号	
		TEL：	
		FAX：	

代品送付先(○)	お取扱店様01	お取扱店様02	ユーザー様
----------	---------	---------	-------

保証期間	保証期間内	保証期間外	再修理
------	-------	-------	-----

【注意事項】

- ・修理代品貸出費用は、定価3,000円(税抜)です。保証期間内の場合は貸出料無償です。
- ・お貸出し品は修理完了後、速やかにご返却ください。
- ・二次的な貸出は、規約上また管理上禁止といたします。