

修理依頼票

ご依頼日	年 月 日		
ご依頼先会社名			
ご住所			
ご担当者名			
TEL		FAX	
ご使用先会社名			
ご住所口			
ご担当者名			
TEL		FAX	

製品名・型式			
シリアル No.		ご購入日	年 月 日

不具合の状況について可能な限り詳細にご記入下さい。

接続機器がある場合は、下記にご記入下さい。

●データの保証について

修理でお預かりした製品内のデータの消失等につきましては、弊社は一切の責任を負いません。この点につきましてご了承の上、下記に必ずご署名とご捺印をお願いいたします。尚、ご署名とご捺印をいただけない時は、そのままご返却させていただく場合がございます。

ご署名



お問合せ・ご送付先	有限会社タクト 修理受付 宛 〒343-0023 埼玉県越谷市東越谷 10-31-3 TEL : 048-971-6464 FAX : 048-971-6474
-----------	--

※修理をご依頼いただいた場合、修理実行の有無には関わらず、検査費用として 8,000 円を申し受けております。予めご了承下さい。