

修理・発注依頼書

20 年 月 日

宛先

〒243-0303 神奈川県愛甲郡愛川町中津4017-2

山口真空株式会社 行

FAX:046-284-2226

TEL:046-284-2225

ご発注元	
ご住所	〒
ご社名	
ご部署	
ご担当	
電話番号	(内線)
FAX番号	
メールアドレス	

下記製品の修理をお願い致します。

照会番号	貴社管理番号			
製品名	型式/機種	製造番号		
装着装置名	運転時間	Hr 仕様油名		
吸引ガス 及び物質	電源	V Hz 費用区分	<input type="checkbox"/> 有償 <input type="checkbox"/> 無償	
	修理内容	<input type="checkbox"/> 定期O/H <input type="checkbox"/> 故障 <input type="checkbox"/> クレーム		
	故障内容			
	※具体的に ご記入下さい			
※注 1	修理限度額	万円	希望納期	年 月 日
搬出希望日	月 日	引取便	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 引取り済み	

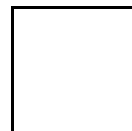
※注 1 「労働安全衛生法」「毒物・劇物取締法」「消防法」等の諸法令に従い、吸引ガス・物質は必ずご記載下さい。

ご納入先（ご発注元と異なる場合はご記入ください）

ご住所	〒
ご社名	
部署名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

納品に関わる添付書類の連絡事項

指定納品書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
修理報告書	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 別送で可
その他特記事項	



山口真空株式会社