

土木試験機B to C カ計（ブルーピングリング）検定サービスFAX申込書

B to C カ計（ブルーピングリング）検定サービス担当者行

FAX：06-6167-4168

- ・お手数をおかけしますが、下記フォーム内に記入漏れの無いように記載願います。
- ・下記の口は、該当項目にチェック（☑）をして下さい。
- ・FAX申し込み時間が13時以降の場合、梱包材の発送が申し込み日の翌日以降になります。
- ・受付は365日24時間受付となっております。ただし翌日が土・日・祝祭日・当社既定の休日となる場合には弊社休日明け営業日以降での対応となります。

| | | | | | | | | | |
|---|--|------------|--|---|---|--|---|--|---|
| | | お申込み日 | | | 年 | | 月 | | 日 |
| フリガナ | | フリガナ | | | | | | | |
| 会社名 | | 担当者名 | | | | | | | |
| 梱包材を希望される場合 のお届け先ご住所（確実に お届け出来る住所を詳細に お願いします。） | 〒 | - | | | | | | | |
| | | 都 道 府 県 | | | | | | | |
| 電話番号・FAX番号・携帯 （日中連絡可能な番号をお知らせ ください。） | 電話番号 | （ ） | | - | | | | | |
| | FAX番号 | （ ） | | - | | | | | |
| | 携帯電話 | （ ） | | - | | | | | |
| 修理品御届け先ご住所 （お届け先が梱包材お届け先住 所と異なる場合のみご記入くだ さい。） | 〒 | - | | | | | | | |
| | | 都 道 府 県 | | | | | | | |
| | 電話番号 | （ ） | | - | | | | | |
| | FAX番号 | （ ） | | - | | | | | |
| メーカー名（わかれば） | | | | | | | | | |
| 容量 | kN | | | | | | | | |
| 製品番号 | | | | | | | | | |
| 故障内容 （わかる範囲で結構です。） | | | | | | | | | |
| 見積連絡依頼 ・左記4項目の中から選 択（チェック☑）をお願 いします。 ・修理料金が指定金額以 内の場合には修理を自動 的に進行させていただきます。 | <input type="checkbox"/> 基本整備料¥44,000（税込）のなかで収まる場合には修理を進める。 <input type="checkbox"/> 金額にかかわらず見積の連絡が必要。修理連絡票での対応（無料） 正式な見積書発行の場合には¥5,500（税込）が別途かかります。 ただし修理を行う場合には無料となります。 <input type="checkbox"/> 修理料金が_____円以上の場合、見積金額の連絡が必要 *ご指定金額内で収まる場合には自動的に進行させていただきます。 <input type="checkbox"/> 見積金額の連絡は不要 | | | | | | | | |

恐れ入りますがサービス利用にあたり下記条件に同意（☑）をお願いします

- 土木試験機B to C カ計（ブルーピングリング）検定サービス申込にあたり修理の如何にかかわらず、サービス利用料金として1台あたり¥3,300（税込）が発生をすることを了解します。

ここから下は記入不要です。申し込み受け付けが完了しましたら弊社より返信いたします。
 この度はB to C カ計（ブルーピングリング）検定サービスをご利用いただき、ありがとうございます。
 お申込み受付が完了いたしましたので、梱包材を 年 月 日に発送します。
 到着しましたら、修理品を梱包のうえ、同封しております伝票にて商品を送ってください。