

修理申込書

ご注文日	月 日	送信枚数	/	2枚以上の場合 ご記入ください
------	-----	------	---	--------------------

お客様情報

医院名/会社名		様
ご担当者		様
電話番号		
住所	〒	—

お見積りご提示先 ※どちらか必ずご記入ください。

FAX	
e-mail	

	品名（メーカー名）	本数	備考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
コメント（ご要望ありましたらご記入ください）			

「お申込み方法」

- ・修理申込書に必要事項をご記入いただき器具と一緒に下記の宛先までお送りください。
※お申込みの際の送料はお客様のご負担となりますのでご了承ください。
※器具は必ず滅菌・洗浄の上、梱包材などで保護してお送りください。

申込書・器具送付先
〒321-0971
栃木県宇都宮市海道町33-3
ES歯科器具修理センター
TEL：090-6045-8599
FAX：028-612-5008