

メモリースティック修理依頼書

ご依頼日 年 月 日

【お客様のご連絡先】 ※エンドユーザー様の情報をご記入ください		
会社名		TEL:
部署名		FAX:
住所	〒	ご担当者名

【修理品の送付先】 <input type="checkbox"/> 【お客様のご連絡先】に同じ		
会社名		TEL:
部署名		FAX:
住所	〒	ご担当者名

【見積書・請求書の送付先】 <input type="checkbox"/> 【お客様のご連絡先】に同じ <input type="checkbox"/> 【修理品の送付先】に同じ		
会社名		TEL:
部署名		FAX:
住所	〒	ご担当者名

【現象・発生時の状況】 ※お手数ですが円滑なサポートのため、レ点や故障状況をご記入ください。		
不具合の枚数:	枚	他の正常な車載機でも 同じ症状でしたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
メモリースティックの不具合と思われる症状をわかる範囲で良いので下記に内容をご記入ください。		

【お客様 同意確認】 ※下記、内容をご確認頂き、問題なければ同意欄にチェックをお願い致します。		
番号	項目内容	同意
1	メモリースティックの修理を行う際に中のデータは初期化致します。	
2	メモリースティックが修復不可の場合、修復不可のメモリースティックは破棄致します。	

【注意事項】
<p>※修理依頼のメモリースティックが全て修復不可の場合は、弊社の方でメモリースティックを破棄させていただきます。</p> <p>ご返却を希望の場合は送料が発生致します。又、ご返却を希望されるお客様は2の同意欄にチェックを入れないでください。</p> <p>※修理品の送料については、お客様負担とさせていただきます。</p> <p>※ケース割れ等の外部的破損に関しては修理できかねます。またコネクタを破損する原因に繋がりますので、ご使用はお控えください。</p>

【修理品送付先】	
ご記入後、不具合のメモリースティックと一緒に右記へご発送ください。 ※修理依頼書がない場合、 無償内容でも点検費用が発生いたします。	〒144-0051 東京都大田区西蒲田7-37-10 グリーンプレイス蒲田 11階 株式会社データ・テック 修理センター宛