ガムテープ繰出機 修理見積依頼フォーム

※印は必須

※	ご記入日	年　　月　　日
※	御社名（ご使用先）	
	部署名	
※	ご担当者名	
※	ご住所	〒
※	お電話番号／ＦＡＸ番号	／
	代理店名（ありましたらご記入ください）	
	代理店ご担当者名	
	代理店ご住所	〒
	お電話番号／ＦＡＸ番号	／
※	機種名	
※	シリアル番号	
※	同梱ガムテープ メーカー名・品番 （修理で必要になりますので必ず同梱願います）	
※	症状・連絡事項 （詳しくご記入ください）	

1　この用紙を、修理ご依頼の機械に同梱してください。
　又は、FAX：048-711-3797まで送信してください。
2　見積診断料は、修理実施の有無に関わらず申し受けますこと
　予めご了承くださいませ。
3　確認作業に必要な為、ご使用のテープも同梱頂ければ幸いです。

重要：本修理依頼フォームはお客様が修理を依頼される時に必要な書類です。梱包ケースと共に保管ください。

ソリューションプロバイダー PACWELL パックウェル株式会社

【修理受付窓口】
〒338-0835　埼玉県さいたま市桜区道場1-11-17
パックウェル株式会社　機械修理係
TEL.048-711-3789　FAX.048-711-3797