

オーバーホール 依頼書

ショップ名: _____

担当者名: _____

住所: _____

連絡先: _____ (自宅 / 携帯 / 会社)

メール: _____

今回の支払い方法(○で囲んで下さい)

・代引き ・納品後振込 ・カード決済 ・その他

Shop印(ショップ印のあるものは優先して作業されます)

オーバーホール・修理内容

フルオーバーホール	×	台
レギュレーター(1st、2nd)	×	台
オクトパス	×	台
ゲージ部	×	台
インフレーター	×	台
呼吸器付きインフレーター (AIR II 等)	×	台
その他()	×	台
()	×	台

・初回取引の場合

この用紙にショップ様の情報を記入いただき名刺を同封してください。弊社で登録させていただきます。

・2回目以降の場合

上記のショップ印にショップ様の名前がわかるハンコを押して下さい。

ハンコがあれば情報の記載は必要ありません
器材の数とご要望等をご記入下さい。

[症状・別途内容・希望納期等気になることがございましたら下記にご記載下さい]

器材送り先

〒545-0011

大阪府大阪市阿倍野区昭和町 1-21-1 松田ビル3F

TEL:06-6626-0550

サーチシー有限公司 OH係

何かご不明な点がございましたら、発送前にご連絡下さい。