## オーバーホール 依頼書 今回の支払い方法(〇で囲んで下さい) ・代引き・カード決済・振込後発送・その他 <u>ショップ名: \_\_\_\_\_</u>\_\_\_\_ Shop印(ショップ印のあるものは優先して作業されます) 担当者名: 住 所: 連絡先 : (自宅 / 携帯 / 会社 ) <u>メール : \_\_\_</u> オーバーホール・修理内容 - 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 フルオーバーホール 同封してください。弊社で登録させていただきます。 × レギュレター(1st、2nd) 台 X 台 -2回目以降の場合 オクトパス X ゲージ部 台 上記のショップ印にショップ様の名前がわかる X インフレーター X 台 ハンコを押して下さい。 呼吸器付きインフレーター × ハンコがあれば情報の記載は必要ありません 台 器材の数とご要望等をご記入下さい。 (AIR II 等) その他( ) × 台 ) × 台 [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

サーチシィー有限会社 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。