

ご依頼日 年 月 日

依頼 No. _____

L.H.B 行

修理・点検作業依頼書

必要事項をご記入のうえ、以下まで FAX いただいたのち、依頼品と一緒に発送願います。

FAX 03-5726-9190

メールの場合 (maintenance@lhb.jp) ・お電話の場合 (03-5726-9189) まで

※口頭の場合、聞き間違い等がないよう依頼書のご記入をお願いする事があります。

お客様 (導入店様) 情報 個人名 (会社/サロン名) 所属 (店舗もしくは支店名) 担当者 TEL FAX 住所 〒	購入先 (販売会社) 情報 会社名 支店名 (もしくは店舗名) 担当者 TEL FAX 住所 〒
--	---

ご依頼品・点検依頼品 (○で囲み数量をご記入ください)

機種名 () ・本体 (台) ・サーマルフラクショナルヘッド (本) ・キャビテーションヘッド (本)

ラジオ波 (RF) ヘッド (本) ・吸引ヘッド (本) ・クライオヘッド (本) ・ハイフヘッド (本)

その他 ()

本体シリアル番号		購入年月日	年 月 日
代替品 (有償※1)	希望する / 希望しない	保証書	有 / 無

不具合内容 (なるべく詳細をお願いいたします)

有償修理となる場合は、故障内容確認後に修理見積り金額をご案内いたします。お見積り金額に同意をいただいたうえで修理を行います。破損等によりやむを得ず修理不能な場合や修理をご希望されない場合は、[点検確認費用 (¥5,000 または 0.5h×¥2,500) + 往復送料(※2) + 消費税額] をご請求させていただきます。お見積提出後 1 週間を過ぎても回答のない場合、「修理しない」と同様の処置をさせていただくか、代替費用を加算させていただきます。(※1) 保障期間終了後の代替品につきましては、代替費用 (■本体/一週間以内: 税別 5,000 円、一週間以上: 税別 10,000 円) を別途申し受けます。※ヘッドは保証対象外のため税別 3,000 円が必ずかかります。

(※2) (発送時)別紙送料規定通り、(返送時)着払いの場合実費(金額不明の場合規定通り)、元払い(発払い)の場合請求無しとします。