

表中の□印の該当項目にレ点を記入ください。

 SHOKO SCIENCE 修理他対応依頼書		依頼内容 <input type="checkbox"/> 引取修理 <input type="checkbox"/> 出張修理 <input type="checkbox"/> IQ/OQ <input type="checkbox"/> 据付(納入)	<input type="checkbox"/> 引取SOP <input type="checkbox"/> 出張SOP <input type="checkbox"/> 移設 <input type="checkbox"/> その他対応(*)	
宛先	昭光サイエンス(株)	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 大阪	営業担当: _____ 業務担当: (依頼NO記入者)	
依頼先	〒225-0012 横浜市あざみ野南1-3-3 昭光サイエンス(株)			
<機器送先>	技術部 横浜製造グループ 大出宛 TEL:045-913-5544 FAX:045-913-5802			
お客様／代理店担当者記入欄	修理機器名／装置名・型式	製造番号	依頼日	
	※選択肢にない装置は お問い合わせください			
	◆依頼元	社名・機関名・部署名:		
	出張先	ご担当者:	TEL:	
	修理完了機の送先	住所:〒		
		起点駅:	最寄駅:	交通手段:
		最寄駅からの交通手段:	タクシー その他:	概算所要時間:
	◆代理店	住所:〒		
	修理完了機の送先	代理店名	ご担当者:	TEL:
	◆依頼内容(修理の場合症状をできるだけ詳しくご記入ください)		◆使用条件(故障の原因判断、修理の迅速化及び修理作業の安全確保のため、必ずご記入ください。)	
			1.溶離液 : _____	
			2.脱気装置 : _____	
			3.カラム : _____	
			4.カラム温度 : _____	
			5.流量 : _____	
		6.圧力 : _____		
		7.サンプル : _____		
◆修理の検収条件	弊社の条件でOK お客様指定条件による(*)			
◆代替機の要否:	要 否	代替機送先:	依頼元 代理店 その他(*)	
◆SOP (IQ/OQ) の場合	弊社のSOP(IQ/OQ)で実施 お客様のSOP(IQ/OQ)で実施(*) お客様のLCで実施 SMCで準備する(*)			
◆据付場合	新規納入品の据付 修理品の据付 その他(*)			
	取扱説明書の要否:	要 否		
◆移設の場合	移設前後で検査実施 移設後のみ検査実施 その他(*)			
	移設前後検査の場合:	同日に検査可	別日に検査	
	検査方法:	弊社検査法	お客様指定検査(*)	
◆共通事項	事前見積要否:	要	否(即実施) その他(*)	
	出張時立会い者:	弊社担当者	代理店担当者 立会者無し	
	ご要望納期:	別途打合せによる		
	その他ご要望:			
	●(*)の付いた項目選択されたときは、別紙に内容の詳細を記入し、添付ください。			
依頼受付	昭光サイエンス(株)	担当者:	SMC 大出	
	受付日		受付日	
	費用	有償 無償	費用 有償 無償	
	受付 NO.		受付 NO.	
			(備考)	