

株式会社 ノイズ研究所 修理校正センター宛	処	月 日	連絡済み	担当
点検・修理・校正	NoiseKen	月 日	引取手配	担当
Web申込書	受付担当	月 日	荷受待ち	担当

〒229-0037 相模原市千代田 1-4-4 TEL 0088-25-3939 (フリーコール) TEL:042-712-2021

必要事項(印は必須次項です)をご記入頂き、右記へ送付願います。FAX 042-712-2020

発行年月日：西暦		年	月	日
フリガナ：				
<input type="checkbox"/>	会社名(株)	(株)	(事)	工場
フリガナ：				
<input type="checkbox"/>	住所：〒____-____			
フリガナ：				
<input type="checkbox"/>	連絡担当者 所属：	氏名：		様
TEL：	()	内線番号：		
FAX：	()			
<input type="checkbox"/>	機種名	MODEL：	シリアルナンバー：	
		MODEL：	シリアルナンバー：	
		MODEL：	シリアルナンバー：	
ご依頼内容：ご必要に応じてチェックまたは御記入ください。				
点検				
校正：	校正証明書・トレーサビリティ体系図・試験データ	-----	要 /	不要
	調整前 試験データ	-----	要 /	不要
	成績書宛名：	_____		
修理：	不具合状況：			
			(別紙添付)	
引取り	-----	要 /	不要	
事前見積について：				
10万円未満の修理であれば見積り無しで実施して宜しいでしょうか？				可 / 不可
上記が『不可』の場合、見積り無しで実施可能な金額は？				¥_____迄 / 見積り要
事前打合せ			-----	要(電話して欲しい) / 不要
梱包箱は破棄して新規のもので御返却してよろしいでしょうか？				可 / 不可
<input type="checkbox"/>	貴社指定伝票	有・無	貴社注文番号：	
<input type="checkbox"/>	貴社御支払条件：	日〆 月 日	現金振込(円以上)	約手 日
(代理店を使用する場合は、記入しなくても結構です。)				
<input type="checkbox"/>	代理店を使用しますか？	-----	使用しない /	使用する
<input type="checkbox"/>	代理店名(株)	(株)	(営)	支店
住所：				
連絡担当者 所属：		氏名：		様
TEL：	()	内線番号：		
FAX：	()			
備考：				