修理回収依頼書

回収依頼日：

施　設　名：

部　署　名：

ご担当者名：

電話番号　：

Email　　：

弊社記入欄

品　　名	修理依頼内容	本数	確認

【連絡先】

電話：03-5846-8341

FAX：03-5846-8502

Email：repair@bs-medical.co.jp

ビーエスメディカル株式会社

回収担当者

回収日