

修理回収依頼書

回収依頼日：2025/4/7 → 記入した日をご記入下さい。

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 |
|--------|--------|----|----|
| 外科剪刀 反 | 研磨     | 3本 |    |
| 止血鉗子 直 | 噛合せ調整  | 1本 |    |
|        |        |    |    |
|        |        |    |    |
|        |        |    |    |
|        |        |    |    |
|        |        |    |    |
|        |        |    |    |
|        |        |    |    |
|        |        |    |    |
|        |        |    |    |
|        |        |    |    |

【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  
\_\_\_\_\_