



○
修理お預かり票

No.

受付日: . . .

フリガナ				電話番号		
氏名						
住所					付属品 □ケース □フィルム □ストラップ □その他 □バッテリー □キャップ □保証書 □フィルター □メディア [MB]	
お預り修理品	メーカー名	機種	製造番号			
故障内容						
見積	<input type="checkbox"/> 指定 <input type="checkbox"/> _____ 円以上は見積					
備考						

※内蔵メモリ・及びカメラ設定は、修理の際にデータが
クリアされる場合がありますので、予めご了承下さい。

株式会社 **エム・シークリニック**
〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3丁目16-10 興産ビル2F
TEL (092) 4 1 1 - 5 3 4 1
FAX (092) 4 1 1 - 5 3 9 7