

Box No: (弊社記載欄)

発送日 月 日

# 手術器具リペア申込書

貴社(院)名: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 分

ご住所: 〒 \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_ (内)

ご担当者名: \_\_\_\_\_ 所属部(課)名: \_\_\_\_\_

	器具についての記載			本数	修理内容
	名称・メーカー名・モデルナンバー等	全長(cm)	直・反の別		
例	クーパー ミズホ 123 赤テープ付き	16.0cm	反	8	研磨
例	モスキート TAIYU 5678	12.5cm	直	2	調整
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
	合計				(本)

\* ご面倒ですが、<器具についての記載>の欄は出来るだけ詳しくお書き下さい。

弊社記載欄			
受付	修理日	検	発送日

<発送先>  
**メディカル リペア**  
 〒965-0835 福島県 会津若松市 館馬町 2-12  
 TEL/FAX (0242)28-2222  
<http://www.medicalrepair.jp>