

【 注 文 書 】

(株)バイオシルバー

受注センター宛
 FAX:045-548-5050
 修理センター宛
 FAX:045-548-3540

【発注元】

| | | | |
|----------|---|--|--|
| 住所 | 〒 | | |
| 社名 | | | |
| TEL | | | |
| 納期回答先FAX | | | |

| | | | |
|------------------------------|--|---|-------|
| 発注日 | | | |
| 販売 ご注文 | [必須]弊社見積No. | | |
| | 貴社発注No. | | |
| | 希望納期 | 出荷日: | 着日: |
| 修理 ご注文 | ご施設様名 | | |
| | [必須]弊社見積No. | [必須]弊社修理管理No. | |
| | 貴社発注No. | | |
| | [必須] 指示内容 指示内容のチェックをお願いいたします。 見積に沿って対応いたします。 | <input type="checkbox"/> 買い替え(新品交換) → <input type="checkbox"/> 修理不可品返却 → <input type="checkbox"/> 修理不可品弊社引取り <small>※未チェックの場合は弊社引取り</small> <input type="checkbox"/> 修理(修理可能な場合) <input type="checkbox"/> 現状返却 <input type="checkbox"/> 弊社引取り(※廃棄のみのご依頼はご遠慮いただいております。) <input type="checkbox"/> その他 [] | |
| 送付先 | 住所 | 〒 | |
| | 社名 | | ご担当者名 |
| | TEL | | |
| 送り状(配送伝票)に記載事項がある場合はご記入ください。 | | | |

※「Reha3.0」をご注文のお客様は、下記をご確認の上、□にチェックをお願いいたします。

- 「Reha3.0」アプリの利用につきましては、「Reha3.0」利用規約が適用されることに承諾し、「Reha3.0」利用規約を遵守することに同意いたします。

*****下記よりバイオシルバー-記入欄*****

| | | |
|--|------------|---|
| 担当営業所 | 受注 センター | 〒222-0033 神奈川県横浜市港北区新横浜3-23-3 新横浜AKビル5F TEL: 045-548-5514 FAX: 045-045-548-5050 メールアドレス: juchuu@biosilver.co.jp |
| <input type="checkbox"/> 札幌営業所 <input type="checkbox"/> 大阪営業所 <input type="checkbox"/> 仙台営業所 <input type="checkbox"/> 博多営業所 <input type="checkbox"/> 横浜営業所 <input type="checkbox"/> 特販課 <input type="checkbox"/> 名古屋営業所 | | 修理 センター |

| | | |
|-----------|--|---|
| 受注 確認欄 | | 印 |
|-----------|--|---|