

# 修 理 依 頼 書

オーバーホール・修理のため、当社へ製品を送付される場合、必ず本誌を添付して頂きますよう、お願い申し上げます。

また、以下の該当する項目について、可能な限り詳細にご記入願います。

( )部分は必要事項を記入し、□は該当箇所にV印をお願いします。

注) 修理品返却に関しましては、貴社注文書受領後の製品発送となります。

1) ご依頼内容	メーカー名 : ( ) 製品名 : ( )		
	型 式 : ( ) Model No : ( )		
	Parts No : ( ) Parts No : ( )		
	使用期間 : ( ~ )		
	処置内容 <input type="checkbox"/> 故障修理 <input type="checkbox"/> オーバーホール <input type="checkbox"/> 再修理(クレーム) <input type="checkbox"/> 仕様変更 <input type="checkbox"/> アップグレード <input type="checkbox"/> 調査		
	使用装置 <input type="checkbox"/> CVD装置 <input type="checkbox"/> PVD装置 <input type="checkbox"/> ETCH装置 <input type="checkbox"/> CMP装置 <input type="checkbox"/> ASHER装置 <input type="checkbox"/> IMPLA装置 <input type="checkbox"/> その他( )		
使用装置名 ( )			
3) 故障症状 (現象) 出来るだけ詳細にお願いします			
3) 現象発生状況	<input type="checkbox"/> 最初から動作しない <input type="checkbox"/> 使用開始後(    年    月間稼動)で故障		
4) 現象発生頻度	<input type="checkbox"/> 前回の修理及びO/Hから初めて発生 <input type="checkbox"/> 時々発生 (発生条件 ) <input type="checkbox"/> 不定期に発生 (発生条件 ) <input type="checkbox"/> 周期的に発生 (発生条件 ) <input type="checkbox"/> 通電後に発生 (発生条件 )		
5) ご依頼日	年    月    日	5) 修理完了希望納期	年    月    日
7) 御社名	お見積り <input type="checkbox"/> 事前見積有り <input type="checkbox"/> 正式見積(事前見積無しで対応後に見積発行)		
	御社会社名 _____		
	住 所 _____		
	部 署 名 _____		担 当 者 名 _____ (印)
	電 話 番 号 _____		F a x 番 号 _____
E-Mailアドレス _____			
7) AEC記入欄	AEC営業担当者: _____ (印)		AEC技術担当者: _____ (印)

【 発 送 先 】

**アローズエンジニアリング株式会社**

〒264-0025 千葉県千葉市若葉区都賀1-4-2

TEL : 043-234-5511    FAX : 043-233-7268

