

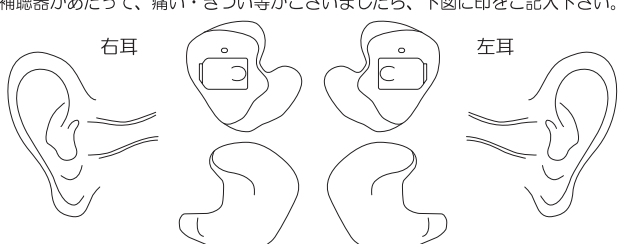


受付日	西暦	年	月	日	フリガナ (必須) :					
販売店情報	TEL				ご担当				お客様名	様
									性別	男・女
	FAX					TEL :				
器種名										
シリアル番号	左									
	右									
購入日	西暦	年	月	日	保証 (有/無)	西暦	年	月	日	
希望納期:	/	AM・PM着	<input type="checkbox"/> 特急サービス利用 (有償)							
<p>修理依頼をされる前に以下の事項のご確認をお願い致します。</p> <p>①症状は店頭で確認できましたか? <input type="checkbox"/>できた <input type="checkbox"/>できなかった</p> <p>②電池交換はしましたか? <input type="checkbox"/>した <input type="checkbox"/>していない 使用電池 ()</p> <p>③ワックスガード交換はしましたか? <input type="checkbox"/>した <input type="checkbox"/>していない</p> <p>④症状はいつ頃からですか? ()</p> <p>⑤症状の発生頻度はどのくらいですか?</p> <p><input type="checkbox"/>1日に何度も <input type="checkbox"/>1日に1回 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>⑥症状はどのような時に起こりますか? ()</p>										
<p>症状・現象 (該当項目には全てチェックをお願いします)</p> <p><input type="checkbox"/>無音 <input type="checkbox"/>歪み・音割れ <input type="checkbox"/>内部ハウリング</p> <p><input type="checkbox"/>断音 → <input type="checkbox"/>無音から復活する <input type="checkbox"/>強大音で無音</p> <p><input type="checkbox"/>雑音 → <input type="checkbox"/>電子音 <input type="checkbox"/>プツプツ音 <input type="checkbox"/>異音 ()</p> <p><input type="checkbox"/>低下 → <input type="checkbox"/>時々しぼむ</p> <p><input type="checkbox"/>動作不安定 → 症状 ()</p> <p><input type="checkbox"/>読み込み不可 <input type="checkbox"/>電池消耗が早い</p> <p>(プ/ワ/ム装置:) (約 時間、約 日)</p> <p><input type="checkbox"/>ボリューム不良 <input type="checkbox"/>スイッチ不良 <input type="checkbox"/>電池ドア不良</p> <p><input type="checkbox"/>テグス不良 <input type="checkbox"/>ワックスガード不良</p> <p><input type="checkbox"/>点検・クリーニング <input type="checkbox"/>水没</p>										
<p>●ハウリング <input type="checkbox"/>常時 <input type="checkbox"/>時々 <input type="checkbox"/>会話・食事の時</p> <p>ボリューム位置 (1/4・1/2・3/4・全開)</p> <p>●閉塞感 <input type="checkbox"/>ひびく <input type="checkbox"/>こもる</p> <p>●ベント修正 <input type="checkbox"/>大きく <input type="checkbox"/>小さく <input type="checkbox"/>埋める</p> <p>●シェル <input type="checkbox"/>きつい <input type="checkbox"/>ゆるい <input type="checkbox"/>長い <input type="checkbox"/>短い</p> <p><input type="checkbox"/>太い <input type="checkbox"/>細い</p> <p>●痛み <input type="checkbox"/>全体 <input type="checkbox"/>カナル <input type="checkbox"/>先端 <input type="checkbox"/>プレート面</p> <p>●プレート <input type="checkbox"/>高い <input type="checkbox"/>大きい <input type="checkbox"/>低い <input type="checkbox"/>小さい</p> <p>●抜ける <input type="checkbox"/>すぐに <input type="checkbox"/>時間が経つと <input type="checkbox"/>会話・食事の時</p> <p>●出入困難 <input type="checkbox"/>長い <input type="checkbox"/>曲りきつい</p> <p>●破損 <input type="checkbox"/>シェル・ケース <input type="checkbox"/>プレート</p>										
見積 不要 <input type="checkbox"/>					見積 必要 <input type="checkbox"/> () 円以上					
<p>以下の修理項目に✓点願います。</p> <p>一律修理料金価格 (シェル再作・骨導補聴器対象外)</p> <p><input type="checkbox"/>ご購入日より3年未満 ¥14,000 <input type="checkbox"/>ご購入日より4年未満 ¥20,000</p> <p><input type="checkbox"/>ご購入日より5年未満 ¥30,000 <input type="checkbox"/>福祉見積り (福祉価格に準じます)</p> <p>※見積りが必要な場合、ご回答頂いてから4営業日後の出荷となります。</p> <p>※シェル再作を含む場合は5営業日後の出荷となります。</p>										
mini骨導ボリューム位置					F228Dトリマー位置					
左			右	左			右			
<p>※ユーザー直送の場合でも記入が無い場合はボリューム・トリマーは工場 (初期) 設定になります。必ずご記入願います。</p>										
●備考欄 <input type="checkbox"/> : 電話連絡希望										
<p><input type="checkbox"/>感染症</p> <p>補聴器があたって、痛い・きつい等がございましたら、下図に印をご記入下さい。</p> <p>右耳 </p> <p>左耳 </p> <p>●耳の状態 <input type="checkbox"/>しわ耳 <input type="checkbox"/>耳毛多い <input type="checkbox"/>耳だれあり</p>										
当社備考欄								担当印		

受付日	西暦	年	月	日	フリガナ (必須) :					
販売店情報	TEL				お客様名				様	
									性別	男・女
	FAX	ご担当			TEL :					
器種名					TEL :					
シリアル番号	左				付属品 ※チェックのない付属品は、紛失の際に責任を負いかねますので予めご承知おき下さい。					
	右				□ケース [お客様へ直送の場合、ケースの返却先をチェックして下さい。] [チェックがない場合は、補聴器と同じ場所へ発送いたします。] □販売店返却 □お客様へ返却					
購入日	西暦	年	月	日	保証 (有/無)	西暦	年	月	日	□電池 □保証書 □印象 □メス型 □イヤモールド
希望納期	/	AM・PM着	□ 特急サービス利用 (有償)			□イヤチューブ □イヤチップ □その他 ()				
修理依頼をされる前に以下の事項のご確認をお願い致します。										
①症状は店頭で確認できましたか? □できた □できなかった										
②電池交換はしましたか? □した □していない 使用電池 ()										
③ワックスガード交換はしましたか? □した □していない										
④症状はいつ頃からですか? ()										
⑤症状の発生頻度はどのくらいですか? □1日に何度も □1日に1回 □その他 ()										
⑥症状はどのような時に起こりますか? ()										
見積 不要 □ 見積 必要 □ () 円以上										
以下の修理項目に✓点願います。 一律修理料金価格 (シェル再作・骨導補聴器対象外)										
□ご購入日より3年未満 ¥14,000 □ご購入日より4年未満 ¥20,000										
□ご購入日より5年未満 ¥30,000 □福祉見積り (福祉価格に準じます)										
※見積りが必要な場合、ご回答頂いてから4営業日後の出荷となります。										
※シェル再作を含む場合は5営業日後の出荷となります。										
mini骨導ボリューム位置					F228Dトリマー位置					
左			右	左			右			
※ユーザー直送の場合でも記入が無い場合はボリューム・トリマーは工場 (初期) 設定になります。必ずご記入願います。										
●備考欄 □: 電話連絡希望										
□感染症										
補聴器があたって、痛い・きつい等がございましたら、下図に印をご記入下さい。										
右耳				左耳						
●耳の状態 □しわ耳 □耳毛多い □耳だれあり										
当社備考欄								担当印		

受付日	西暦 年 月 日			フリガナ (必須) :	
販売店情報	TEL			お客様名	
				性別 男・女 年齢 歳	
	FAX			住所 〒 -	
ご担当			TEL :		
器種名					
シリアル番号	左				
	右				
購入日	西暦 年 月 日	保証 (有/無)	西暦 年 月 日	付属品 ※チェックのない付属品は、紛失の際に責任を負いかねますので予めご承知おき下さい。	
希望納期: / AM・PM着		<input type="checkbox"/> 特急サービス利用 (有償) <input type="checkbox"/> ケース <input type="checkbox"/> お客様へ直送の場合、ケースの返却先をチェックして下さい。チェックがない場合は、補聴器と同じ場所へ発送いたします。 <input type="checkbox"/> 販売店返却 <input type="checkbox"/> お客様へ返却			
修理依頼をされる前に以下の事項のご確認をお願い致します。		<input type="checkbox"/> 電池 <input type="checkbox"/> 保証書 <input type="checkbox"/> 印象 <input type="checkbox"/> ロメス型 <input type="checkbox"/> ロイヤモールド <input type="checkbox"/> ロイヤチューブ <input type="checkbox"/> ロイヤチップ <input type="checkbox"/> その他 ()			
①症状は店頭で確認できましたか? <input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった ②電池交換はしましたか? <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない 使用電池 () ③ワックスガード交換はしましたか? <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない ④症状はいつ頃からですか? () ⑤症状の発生頻度はどのくらいですか? <input type="checkbox"/> 1日に何度も <input type="checkbox"/> 1日に1回 <input type="checkbox"/> その他 () ⑥症状はどのような時に起こりますか? ()		見積 不要 <input type="checkbox"/> 見積 必要 <input type="checkbox"/> () 円以上 以下の修理項目に✓点願います。 一律修理料金価格 (シェル再作・骨導補聴器対象外) <input type="checkbox"/> ご購入日より3年未満 ¥14,000 <input type="checkbox"/> ご購入日より4年未満 ¥20,000 <input type="checkbox"/> ご購入日より5年未満 ¥30,000 <input type="checkbox"/> 福祉見積り (福祉価格に準じます) <small>※見積りが必要な場合、ご回答頂いてから4営業日後の出荷となります。 ※シェル再作を含む場合は5営業日後の出荷となります。</small>			
症状・現象 (該当項目には全てチェックをお願いします)		mini骨導ボリューム位置		F228Dトリマー位置	
<input type="checkbox"/> 無音 <input type="checkbox"/> 歪み・音割れ <input type="checkbox"/> 内部ハウリング <input type="checkbox"/> 断音 → <input type="checkbox"/> 無音から復活する <input type="checkbox"/> 強大音で無音 <input type="checkbox"/> 雑音 → <input type="checkbox"/> 電子音 <input type="checkbox"/> プツプツ音 <input type="checkbox"/> 異音 () <input type="checkbox"/> 低下 → <input type="checkbox"/> 時々しぼむ <input type="checkbox"/> 動作不安定 → 症状 () <input type="checkbox"/> 読み込み不可 <input type="checkbox"/> 電池消耗が早い (プ/ワム装置:) (約 時間、約 日) <input type="checkbox"/> ボリューム不良 <input type="checkbox"/> スイッチ不良 <input type="checkbox"/> 電池ドア不良 <input type="checkbox"/> テグス不良 <input type="checkbox"/> ワックスガード不良 <input type="checkbox"/> 点検・クリーニング <input type="checkbox"/> 水没		左  右 左  右		<small>※ユーザー直送の場合でも記入が無い場合はボリューム・トリマーは工場 (初期) 設定になります。必ずご記入願います。</small>	
<input type="checkbox"/> ハウリング <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 会話・食事の時 ボリューム位置 (1/4・1/2・3/4・全開) <input checked="" type="checkbox"/> 閉塞感 <input type="checkbox"/> ひびく <input type="checkbox"/> こもる <input checked="" type="checkbox"/> ベント修正 <input type="checkbox"/> 大きく <input type="checkbox"/> 小さく <input type="checkbox"/> 埋める <input checked="" type="checkbox"/> シェル <input type="checkbox"/> きつい <input type="checkbox"/> ゆるい <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 短い <input type="checkbox"/> 太い <input type="checkbox"/> 細い <input checked="" type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 全体 <input type="checkbox"/> カナル <input type="checkbox"/> 先端 <input type="checkbox"/> プレート面 <input checked="" type="checkbox"/> プレート <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 大きい <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 小さい <input checked="" type="checkbox"/> 抜ける <input type="checkbox"/> すぐに <input type="checkbox"/> 時間が経つと <input type="checkbox"/> 会話・食事の時 <input checked="" type="checkbox"/> 出入困難 <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 曲りきつい <input checked="" type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> シェル・ケース <input type="checkbox"/> プレート		<input type="checkbox"/> 感染症 補聴器があたって、痛い・きつい等がございましたら、下図に印をご記入下さい。 		<input checked="" type="checkbox"/> 備考欄 <input type="checkbox"/> 電話連絡希望 <input type="checkbox"/> 耳の状態 <input type="checkbox"/> しわ耳 <input type="checkbox"/> 耳毛多い <input type="checkbox"/> 耳だれあり	
		当社備考欄		担当印	

受付日	西暦 年 月 日			フリガナ (必須) :	
販売店情報	TEL			お客様名	
				性別 男・女 年齢 歳	
	FAX			住所 〒 -	
ご担当			TEL :		
器種名					
シリアル番号	左				
	右				
購入日	西暦 年 月 日	保証 (有/無)	西暦 年 月 日		
希望納期:	/ AM・PM着	<input type="checkbox"/> 特急サービス利用 (有償)			
修理依頼をされる前に以下の事項のご確認をお願い致します。					
①症状は店頭で確認できましたか? <input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった					
②電池交換はしましたか? <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない 使用電池 ()					
③ワックスガード交換はしましたか? <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない					
④症状はいつ頃からですか? ()					
⑤症状の発生頻度はどのくらいですか?					
<input type="checkbox"/> 1日に何度も <input type="checkbox"/> 1日に1回 <input type="checkbox"/> その他 ()					
⑥症状はどのような時に起こりますか? ()					
症状・現象 (該当項目には全てチェックをお願いします)					
<input type="checkbox"/> 無音 <input type="checkbox"/> 歪み・音割れ <input type="checkbox"/> 内部ハウリング					
<input type="checkbox"/> 断音 → <input type="checkbox"/> 無音から復活する <input type="checkbox"/> 強大音で無音					
<input type="checkbox"/> 雑音 → <input type="checkbox"/> 電子音 <input type="checkbox"/> プツプツ音 <input type="checkbox"/> 異音 ()					
<input type="checkbox"/> 低下 → <input type="checkbox"/> 時々しぼむ					
<input type="checkbox"/> 動作不安定 → 症状 ()					
<input type="checkbox"/> 読み込み不可 <input type="checkbox"/> 電池消耗が早い					
(プ) ヲ ム装置: () (約 時間、約 日)					
<input type="checkbox"/> ボリューム不良 <input type="checkbox"/> スイッチ不良 <input type="checkbox"/> 電池ドア不良					
<input type="checkbox"/> テグス不良 <input type="checkbox"/> ワックスガード不良					
<input type="checkbox"/> 点検・クリーニング <input type="checkbox"/> 水没					
●ハウリング <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 会話・食事の時					
ボリューム位置 (1/4・1/2・3/4・全開)					
●閉塞感 <input type="checkbox"/> ひびく <input type="checkbox"/> こもる					
●ベント修正 <input type="checkbox"/> 大きく <input type="checkbox"/> 小さく <input type="checkbox"/> 埋める					
●シェル <input type="checkbox"/> きつい <input type="checkbox"/> ゆるい <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 短い					
<input type="checkbox"/> 太い <input type="checkbox"/> 細い					
●痛み <input type="checkbox"/> 全体 <input type="checkbox"/> カナル <input type="checkbox"/> 先端 <input type="checkbox"/> プレート面					
●プレート <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 大きい <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 小さい					
●抜ける <input type="checkbox"/> すぐに <input type="checkbox"/> 時間が経つと <input type="checkbox"/> 会話・食事の時					
●出入困難 <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 曲りきつい					
●破損 <input type="checkbox"/> シェル・ケース <input type="checkbox"/> プレート					
●備考欄 <input type="checkbox"/> : 電話連絡希望					
<input type="checkbox"/> 感染症					
補聴器があたって、痛い・きつい等がございましたら、下図に印をご記入下さい。					
右耳				左耳	
●耳の状態 <input type="checkbox"/> しわ耳 <input type="checkbox"/> 耳毛多い <input type="checkbox"/> 耳だれあり					