

マイクロCOモニター及びマイクロCOチェック
定期キャリブレーション・修理依頼書

ご記入日: _____年 ____月 ____日

注意点: ●全ての項目を確認・チェック・ご記入下さい。

●ご記入後、必ず事前に修理依頼書をE-mail (corepair@denispharma.jp) でご送付願います。事前に修理依頼書を頂いた依頼品のみ受付、対応致します。

●依頼品を送付する際の送料は、お客様ご負担(元払い)でお願い致します。

①ご依頼品	②シリアルNo.	③前回キャリブレーション年月 (本体の裏面に貼付されているラベルをご参照下さい)	④ご購入後又は前回キャリブレーションが1年未満の修理のご依頼	⑤医療機関名
<input type="checkbox"/> マイクロCOモニター <input type="checkbox"/> マイクロCOチェック		年 月	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない	
⑥ご依頼内容		⑦同梱の付属品チェック		<<DENISファーマ(株)からのお知らせ>> 主な修理内容は下記の通りです。詳細は各代理店へご確認下さい。 a リチウム電池交換及び定期キャリブレーション (年1回の定期キャリブレーションが必要です。) b プラグ交換 c センサー交換 (センサーは2~5年毎に交換が必要です。) d その他
<input type="checkbox"/> リチウム電池交換及び定期キャリブレーション 異常箇所 <input type="checkbox"/> 電源が入らない <input type="checkbox"/> ランプがつかない <input type="checkbox"/> 測定値がばらつく <input type="checkbox"/> 喫煙者の測定値が低い(6ppm以下) <input type="checkbox"/> 非喫煙者の測定値が高い(7ppm以上) <input type="checkbox"/> 数値がゼロから上がらない <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 調整用器具 <input type="checkbox"/> キャリブレーションコネクター <input type="checkbox"/> キャリングケース (製品保護の為、依頼品送付時には必ずご使用下さい。) <input type="checkbox"/> サンプルコネクター <input type="checkbox"/> ストラップ <input type="checkbox"/> 9V乾電池		
↓ その他の場合、できるだけ具体的な症状をご記入下さい。箇条書きでも可能です。 <div style="border: 1px dashed black; height: 50px; width: 100%;"></div>				

<ご依頼元・ご返送先(必須)>

郵便番号: _____
 ご住所: _____
 御社名: _____
 部署名: _____
 ご担当者名: _____
 Tel: _____
 E-mail: _____
 Fax: _____

<ご購入された代理店名>

代理店名: _____
 営業所/支店名: _____

<お問い合わせ先>

DENISファーマ(株)
 医療機器修理担当
 Tel: 043-498-2597
 E-mail: corepair@denispharma.jp

<定期キャリブレーション及び修理依頼品の送付先>

〒285-0802 千葉県佐倉市大作1-8-5
 DENISファーマ(株)
 医療機器修理担当
 Tel: 043-498-2597