

## 見積 及び 代替機依頼書

ユーザー	会社名	御中	ご担当者	様
	住所			
	TEL/FAX		E-mail	
	ご希望の連絡方法 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> Email			
材料店	会社名	御中	ご担当者	様
	住所			
	TEL/FAX		E-mail	
	ご希望の連絡方法 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> Email			
商社	会社名	御中	ご担当者	様
	住所			
	TEL/FAX		E-mail	
	ご希望の連絡方法 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> Email			
機種	機種名	型式	製造番号	
代替機	<input type="checkbox"/> 代替機要 / <input type="checkbox"/> 代替機不要 / <input type="checkbox"/> 梱包材のみ要			
	必要な場合発送先 <input type="checkbox"/> ユーザー <input type="checkbox"/> 材料店 <input type="checkbox"/> 商社			

・	どのような症状ですか  症状の発生時期  症状の発生原因に心当たりはありますか？  どのような操作をしたときに起こりますか？  発生頻度 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 数回に一度 <input type="checkbox"/> 不定期
	鑄造物・研磨物の種類 <input type="checkbox"/> 金合金 銀合金 金銀パラジウム合金 プレシヤスマタル SV925 18K 24K <input type="checkbox"/> セミプレシヤメタル <input type="checkbox"/> ノンプレシヤスマタル コバルトクロム合金 <input type="checkbox"/> 純チタン チタン合金 <input type="checkbox"/> アクリリックレジン <input type="checkbox"/> スルフォン・熱可塑性樹脂
	鑄造物・研磨物の形状 <input type="checkbox"/> クラウン・インレー <input type="checkbox"/> 全部床・部分床 <input type="checkbox"/> バー・クラスプ <input type="checkbox"/> 矯正ワイヤー

※お取引は販売店様を通じてとなります。販売店様とお取引がない場合はご連絡ください