

修理受付番号

# 修理申込書



TEC

年 月 日

*	御依頼者(業者)名	ご担当者 様			
	住所				
	TEL / FAX				
*	ユ ー ザ ー 名				
	住所 / TEL				
*	製品名	略号	形式	数量	補足等
	レサシアン	RRA	レコーディング		
RAMS		スキルガイド			
		スキルレポート			
		CPR-D			
レサシジュニア	RJ	水難救助タイプ			
		スキルガイドタイプ			
レサシベビー	RB	シグナルボックス			
		スキルガイド			
AED教育	AED-LA	AEDリトラン			
	AED-T	トレーナ / トレーナ2			
ハートスタート	MRx-E	MRx / MRxE			
	HS4000	4000			
	FR2	FR2			
電池式吸引器	old-LSU	電池式吸引器			
	LSU4000	LSU4000			
患者シミュレータ	Hsim	ハートシム200 / 4000			
	RA-S	レサシアンシミュレータ			
	SimMan.Baby	Man・Baby			
	ALS-S	ALSシミュレータ			
気道管理トレーナ	AMT	成人 / 乳児 / 新生児			
レサシテータ	LSR	成人 / 乳児 / 新生児			
その他					
製造番号 or ロット番号					
*	故障内容	(健康被害がある際には、下記備考欄にコメントの記入をお願いします)			
	事前見積 (いずれかに丸印)	除細動器点検 見積不要 (追加金額が発生しない場合見積不要)	要	不要	
備考					

レールダル メディカル ジャパン株式会社

\* 印は必ずご記入をお願いします。

この修理申込書は弊社テクニカルセンター宛に FAXしていただき修理品に同梱してください。

修理品発送先:

千葉県市川市高谷1953-7  
 KWE原木第2ターミナル近鉄エクスプレス内  
 レールダル メディカル ジャパン(株)テクニカルセンター  
 TEL:047-329-6561 FAX:047-329-6563