

修理依頼書

<お願い>

- ※ 修理品をお送り頂く際に受付番号を品名欄にご記入をお願いします。
 修理品をお送り頂く前に必ず本紙を弊社までFAX願います。弊社にて修理可/不可を確認し、
 受付番号を入れて返信致します。返信FAXが届きましたら修理品を弊社まで発送願います。
 修理品を発送頂く際、破損や紛失を防ぐ為 修理品以外の部品は極力外してお送りください。

受付番号	
記入日	年 月 日
御社名	
ご担当者様	
TEL	
FAX	

---送り先---

株式会社ダートフリーク サイクル事業部
 〒489-0005 愛知県瀬戸市中水野町2-30
 TEL; 0561-86-8307
 FAX; 0561-86-8308

販売店様名	お電話番号
-------	-------

ブランド	Rockshox ・ Avid ・ SRAM ・ Truvativ ・ ZIPP
修理品詳細	<製品名> () フロントフォーク (□ソロエア / □デュアルエア / □コイル / □その他) () リアショック () シートポスト () ブレーキ () シフター () デリレイラー () ホイール () その他
年式	年 ※補修部品が廃盤の場合は修理できないことがあります。 確認の為、必ず<年式>をご記入ください。
販売日	年 月 日 ※保証書 有・無
シリアルナンバー	#
修理依頼内容	() 有償修理(故障部のみを修理) () 無償修理(初期不具合等) () 有償修理(修理・オーバーホール) () その他(詳細は下記MEMO欄に記入)
不具合状況	
過去の修理	(年 月頃)
交換部品の返却	要 ・ 不要
修理依頼人	所有者様 ・ 販売店様 ・ メーカー様
使用者体重(参考)	

OEM製品情報(アフターマーケット品は不要)

車体 ブランド名	
年式	年
車体名称	
車体ナンバー	#

MEMO

弊社記入欄

入荷日

品番	商品名	数量	単価	合計
送料				
代引き手数料				
消費税				
合計				

記事

担当者