anthis

# サービス依頼票

各項目をご記入のうえ依頼品に添付してください

年　　月　　日

（有）アンティス　サービス係
〒444-2137　愛知県岡崎市藪田1-16-1
TEL　0564-25-3937　FAX　0564-25-2205
営業時間：9:00～17:00（土・日・祝祭日を除く）

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | 取扱販売店 | 様 |
| お名前 | 様 | TEL | （　　）　－ |
| TEL | （　　）　－ | FAX | （　　）　－ |
| FAX | （　　）　－ | 依頼品お預かり後1～2日以内に御見積りをFAXでお送りします。ご都合のよい番号をご記入ください。<br>★ご連絡先FAX<br>自宅／その他　（　　）　－<br>方 | |
| ご住所 | 〒　　都道府県 | | |

★保証期間内…製品に保証書を添えてください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 依頼品 | ハウジングボディ | | |
| 製品名 | （該当する製品名をご記入ください） | シリアルNo. | |
| 依頼内容（該当項目に印を付けてください） | ☐ 受入耐圧検査（浸水原因が不明の場合）<br>☐ 浸水オーバーホール　※浸水状況を詳しくご記入下さい。<br>☐ 浸水原因<br>☐ 浸水時の水深、状況<br>☐ 浸水箇所　浸水量<br>☐ オーバーホールA　☐ オーバーホールB　☐ 安心点検　☐ オプションの取り付け<br>☐ シンクロ機能点検　※不具合の原因、状況等を詳しくご記入下さい。<br>使用環境　ストロボメーカー/機種　その他 | | |
| 依頼品 | ポート | | |
| 製品名 | （該当する製品名をご記入ください） | シリアルNo. | |
| 依頼内容（該当項目に印を付けてください） | ☐ 一般修理　※不具合の原因、状況等を詳しくご記入下さい。<br>☐ オーバーホール　☐ レンズ交換 | | |
| 依頼品 | その他 | | |
| 製品名 | （該当する製品名をご記入ください） | シリアルNo. | |
| 依頼内容 | | | |

★保険での修理ご希望の方　※保険会社に事故の連絡をされた上、指示に従ってください。

・保険での修理について
- ☐ アンティスセイフティプランを使用する
- ☐ 他の保険を使用する

・修理鑑定書が必要ですか？
- ☐ 必要（有料）
- ☐ 不要