

## 故障修理依頼票

お手数ですが、故障発生日・故障状況に症状等を出来るだけ詳細にご記入頂き、本票を故障機に同梱の上、ご返送頂きますようお願いいたします。

御社名		担当者名	
ご住所	〒	ご連絡先	

機器名		シリアル番号	
ご購入日	年 月 日	故障発生日	年 月 日

故障状況	
------	--

原因		対応	
----	--	----	--

備考	
----	--

## ■ 故障機の送付・代替機の返送先

〒247-0056  
神奈川県鎌倉市大船5-12-18  
株式会社マキシマム&アドバンテージ (スマレジ)

## ■ STORE STORE 故障受付センター

9:00-22:00  
TEL 03-6629-7024