

舎人おもちゃの病院 診察申込書

* 修理現品票、引取票の太線内もご記入ください。

令和 年 月 日

申込記入欄	ふりがな				携帯（または自宅）電話番号	診察番号	
	お名前					No.	
	ご住所	足立	区	舎人	町	丁目 番地 号	児童館/保育園/幼稚園等の団体摘要欄
	おもちゃの名称				メーカー色・特徴	TN.	

ドクター記入欄	問	発生	保証	<input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 無	購入時期	<input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 3年 <input type="checkbox"/> 8年 ()年前	受付担当
		電池	種類	UM() 他()	本数()	電圧確認 <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NG	
		修理	費用	<input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 100円迄 <input type="checkbox"/> 300円迄	<input type="checkbox"/> 円迄	<input type="checkbox"/> 部品持参	
		修理	<input type="checkbox"/> 分解 <input type="checkbox"/> 縫製(お客さん) <input type="checkbox"/> 仕上げが汚れます <input type="checkbox"/> 美術工芸品等				診療担当
			<input type="checkbox"/> 注意事項 ()				
		付属品	<input type="checkbox"/> 送信機等 <input type="checkbox"/> 箱等 <input type="checkbox"/> マニュアル・解説書 <input type="checkbox"/> 他 ()				
処方・注意事項	原因					部品代
	修理内容					円
	伝達事項					受領印(署名)
						令和 年 月 日

2019-5-12 r0

修理現品票 兼 領収書 (おもちゃに貼付)

舎人おもちゃの病院

お名前(苗字のみ)	(携帯)電話番号	おもちゃの名称	診察番号
			No.
トイ・ドクターからのアドバイス (取扱方法、注意点、意見等)			診療担当
.....			
	返却部品		部品代
			円

問合せは、メール : toydoctor@jcom.zaq.ne.jp 又はサイト : http://toyclinic.jimdo.com/ をご利用願います。

記載された個人情報、おもちゃの修理目的のみに利用し、第三者への開示は致しません。

詳細につきましては、ホームページに記載されたプライバシーステートメントをお読み下さい。

ホームページに掲載された写真の削除はメールにて御指示をお願いします。

診察申込書は、ホームページからダウンロード可能です。修理時の受付時間短縮が図れます。

2019-5-12 r0

お客様の引取票 (おもちゃの預り証)

舎人おもちゃの病院

受付日	お名前(苗字のみ)	おもちゃの名称	診察番号
月 日			No.
引取り方法	<input type="checkbox"/> 本日 時頃 <input type="checkbox"/> 次回 月 日 <input type="checkbox"/> その他 ()		

お引き取りの場所は「舎人地域学習センター」となります。お問い合わせ電話番号は 03-3857-0008 です。

問合せは メール : toydoctor@jcom.zaq.ne.jp 又は ホームページ : http://toyclinic.jimdo.com/ をご利用願います。

保管期間 : お引取り願いの連絡後、3ヶ月以上引き取りに来ない場合は、処分を致しますので御注意願います。

記載された個人情報、おもちゃ修理の目的のみに利用し、第三者へは開示いたしません。

詳細につきましては、ホームページに記載されたプライバシーステートメントをお読み下さい。

引取票を失くされないように大切に保管をお願い致します。

2019-5-12 r0