

リペアリクエスト

このリペアリクエストは、修理受付の際に必ずご記入のうえ、ご送付いただくものです。

● 修理をご依頼される前にお読みください ●

まず、かんたんガイドをご覧ください、使用方法・注意事項をご確認ください。

修理を依頼されるときは

上記をご確認後、症状が改善しなかったり頻発するときは、本書裏面をご記入いただき、それを基に下記の内容をお買い求めいただいた販売店または弊社サービスセンターへご連絡ください。

※お電話で解決できることもありますので、故障の状況（症状・使用環境・使用頻度など）を具体的にご連絡ください。

■本書にご記入の上、ご連絡ください。

製品名 超音波噴霧器

型式 AG-500S

故障の状況 できるだけ具体的に
(症状・使用環境・使用頻度・使用液体名など)

お願い

故障状況を具体的に「必ず」ご記入いただき、ご連絡・ご送付をお願いします。

故障状況のご申告がない場合、サービスセンターで診断に時間がかかったり、症状が再現・発見できずにそのまま返送になってしまう場合がありますので、ご協力をお願いいたします。

お電話で解決できなかった場合

修理依頼品を送送するときは

保証書の内容をよくお読みください

●保証期間中は、保証書の規定に従って無料で修理いたします。

(保証期間：お買い上げ日より1年間)

※ただし、「超音波ユニット」は消耗品のため、使用頻度により保証期間内であっても有料になる場合があります。

●保証期間終了後は、診断をして修理できる場合はご要望により修理させていただきます。

【修理料金構成】

■修理基本料金：診断・調整・点検・クリーニング・梱包費用

■部品代：部品および補助材料代

■部品交換工賃：交換技術料

■返送料

★見積後、修理せずにご返送の場合⇒「見積診断料+返送料」が必要です。

■製品(付属品・保証書を含むすべて)とリペアリクエストを同梱し

下記の弊社お客様サービスセンターへ送付してください。

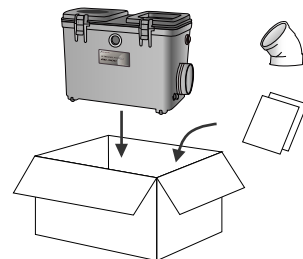
※修理依頼時の送料はお客様ご負担にてお願いいたします。

初期不良(お買い上げ1週間以内の故障)の場合

●初期不良に限り、佐川急便着払いにてご返送願います。

※事前連絡なしの場合および佐川急便以外の着払いは受け取りできかねますので、予めご了承願います。

お願い 修理品の梱包



箱に隙間がある場合は緩衝材をつめてください

本体は「横倒し」「逆さ状態」で送付しないでください。

星光技研 お客様サービスセンター (修理依頼 窓口)

TEL 026-243-4055

FAX 026-244-3455

【受付時間】 9:00~17:00

月~金(祝日を除く)

都合によりお休みをいただいたり、受付時間帯を変更させていただくことがありますのでご了承願います。

SEIKO GIKEN INC. 株式会社 星光技研

〒381-0012 長野県長野市柳原1573

[E-mail] info@seiko-giken.jp

[URL] http://www.seiko-giken.jp

修理に必要な事項です。「必ず」全項目を具体的にご記入の上、ご送付ください。

故障状況のご申告がない場合、サービスセンターで診断に時間がかかったり、症状が再現・発見できずにそのまま返送になってしまう場合がありますので、ご協力をお願いいたします。

■お客様情報

修理依頼日 年 月 日

フリガナ			
お客様名			
フリガナ			
ご住所	〒 -		
電話番号		FAX	
E-mail			

■製品情報

製品名	超音波噴霧器	型式	AG-500S
製品番号 (本体側面ラベルに記載)			
お買い上げ日	年 月 日	お買い上げ先 (販売店名)	
添付品	<input type="checkbox"/> 本体 <input type="checkbox"/> 吐出管 <input type="checkbox"/> かんたんガイド <input type="checkbox"/> 保証書 <input type="checkbox"/> リペアリクエスト (本書) <input type="checkbox"/> その他 ()		
使用時間	<input type="checkbox"/> 1日:約 時間程度 <input type="checkbox"/> 年間:約 ヶ月程度		
使用環境	(どんな場所で)		
使用液体名			

■故障内容 かんたんガイドの注意事項を今一度ご確認ください

■該当する項目にチェックをしてください		【霧発生】 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない ⇒ 振動子が寿命の可能性がありますが、 交換が必要です。
【電源】	<input type="checkbox"/> 入る <input type="checkbox"/> 入らない <input type="checkbox"/> 落ちる	
【給水】	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
【送風】	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
症状発生日	年 月 日	
症状発生頻度	<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 一日に数回 <input type="checkbox"/> 週に数回 <input type="checkbox"/> 月に数回 <input type="checkbox"/> 不定期	
その他 (具体的な症状)		