

出張サービス専用(予防保全サービス) ご依頼・回答用紙

★ 必要事項をご記入の上、右記番号へ直接FAXにてご依頼ください。

FAX:055-977-9084

お客様記入欄

<ご依頼元/ご請求先>

貴社名		ご所属	
ご担当者			
ご住所	〒 —		
電話番号		FAX番号	

<出張先> ※ご依頼元と同一の場合は、記入不要です。

ご訪問先社名		ご所属	
ご担当者			
ご住所	〒 —		
電話番号		FAX番号	

<特約店又はオムロン担当営業所> ※不明の場合、記入不要です。

特約店、営業所名		ご所属	
ご担当者			
電話番号		FAX番号	

<ご使用代表形式>

1. _____ 2. _____ 3. _____

<出張ご希望日>

第1希望日 年 月 日 : ~ 第2希望日 年 月 日 : ~

<ご依頼状況> ※システム構成図等ございましたらFAX下さい。

不具合状況

<ご訪問ルート>

備考

<バックアップ機材の有無> 有 ☐ 無 ☐1. _____
2. _____
3. _____

貴社印(サイン可)

当社記入欄

<回答欄>

- ☐ 現地出張対応者 _____
☐ 対応拠点 _____
☐ 出張対応日 月 日 到着予定時間 時

<連絡欄>

--

担当者印

〒411-0822 静岡県三島市松本66
オムロンフィールドエンジニアリング株式会社 IBサービス課
電話 055-982-5025(案内3) Fax 055-977-9084

受付 No.:	伝票 No.:
受付け:	ご依頼受領日時: 月 日 時 分