

受付日 . . .

来・郵・宅・店

No. _____

修理依頼書

お名前		ご住所	〒
ご連絡先			
電話		E-mail	
FAX			

ブランド名	<input type="checkbox"/> LEICA <input type="checkbox"/> HASSELBLAD <input type="checkbox"/> Rolleiflex <input type="checkbox"/> その他()	
見積	不要 / 必要	完了後: ご来社 / 発送
カメラボディ		No.
レンズ	mm	No.
マガジン/デジタルバッグ		No.
ビューファインダー		No.
その他		No.
		No.
		No.

付属品			
<input type="checkbox"/> レンズキャップ F・R	<input type="checkbox"/> ストラップ金具	<input type="checkbox"/> フィルム(ポジ・ネガ・白黒)	<input type="checkbox"/> 三脚ネジ
<input type="checkbox"/> レンズフード	<input type="checkbox"/> ポーチ・バッグ・ケース	<input type="checkbox"/> プリント(枚)	<input type="checkbox"/> シューカバー
<input type="checkbox"/> ボディキャップ	<input type="checkbox"/> 取説	<input type="checkbox"/> マスク	<input type="checkbox"/> 視度補正レンズ
<input type="checkbox"/> シンクロキャップ	<input type="checkbox"/> 化粧箱	<input type="checkbox"/> レリーズ	<input type="checkbox"/> マガジンスライド
<input type="checkbox"/> ストラップ	<input type="checkbox"/> フィルター	<input type="checkbox"/> スプール	<input type="checkbox"/> ヒューズ
<input type="checkbox"/> その他			

ご依頼内容/備考

修理完了日 . . .