

中部テレコミュニケーション株式会社 御中

下記の通り、重要確認事項に基づき故障等状況を報告します。下記記載事項と異なることが判明した場合には、修理等の補償が受けられないことや、既に修理等の補償を受けていた場合、修理等に要した費用の支払いを求められることがあることも了承いたします。なお、本件について、貴社が必要と判断した場合は、貴社が契約する委託会社へ照会することに同意します。

本申請は、必ずご契約者様をご記入いただきますようお願い致します。

下記の事項をご確認いただき、チェック をお願いいたします。

重要確認事項	<input type="checkbox"/>	本サービスの修理受付開始日より前に故障・破損していた機器ではありません。
	<input type="checkbox"/>	友人・知人等、契約者及び同居の親族以外が所有する機器ではありません。
	<input type="checkbox"/>	故意に破損・破損等させた機器ではありません。
	<input type="checkbox"/>	下記記入項目は事実に基づき具体的に記入していて、「発生場所」は自宅内、社内の特定できる場所です。
	<input type="checkbox"/>	送付する故障機器の記憶装置に記録されているデータおよびソフトウェアは保障されないことに同意します。
	<input type="checkbox"/>	同種の機器を提供する場合、機器の提供をもって、送付済みの故障機器の所有権を放棄することに同意します。

上記に相違ございません。

申請日 年 月

申請者

印

万が一、不正な申請が発覚した場合は、法的にしかるべき措置を取らせていただきますので、あらかじめご承知おきください。

お客さまに関する情報	お客さま ID			
	ご契約名義	フリガナ	印	
	ご契約住所	〒	都道 府県	区郡 市
	光電話等の固定電話番号	() -	日中ご連絡可能な電話番号 (携帯電話番号等)	() -

故障等発生機器・状況について	発生日	年 月 日 時頃	発生場所	
	対象機器	いずれかにチェック <input checked="" type="checkbox"/> をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> ゲーム機 <input type="checkbox"/> 周辺機器 ()		
	機器情報	メーカー名	型番	シリアル No.
	購入日	年 月 日	購入店	
	故障内容	いずれかにチェック <input checked="" type="checkbox"/> をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 落下 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 水没/水濡れ <input type="checkbox"/> 落雷 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	故障破損時の状況	どなたが どのような状況で どうしたか		

付属品

※ 修理受付時に担当者から送付をお願いさせて頂いた場合のみ、以下にご記入の上で送付をお願い申し上げます。いずれかにチェック をお願いいたします。

AC アダプター 電源コード キーボード マウス その他 ()