

## ASPINAロボットハンド修理依頼票

修理をご希望の方は以下へご記入ください。

お客様

貴社名:

部署:

氏名:

住所: 〒

TEL:

FAX:

E-mail:

販売店様

わかる範囲でご記入ください

貴社名:

部署:

氏名:

住所: 〒

TEL:

FAX:

E-mail:

製品情報

製品名:

製造番号:

ご購入日:

不具合内容

ロボットハンド本体 ケーブル その他( \_\_\_\_\_ )に不具合が発生しました。

症状、症状が出るタイミング、症状が出る機構等をご記入ください。

特記事項

例) 修理中の代品を希望します。

【お願い】

以下注意事項をお読みいただき、同意のうえお申し込みください。

## ● 注意事項

- 修理見積りには、不具合品 SEND バックによる修理前点検が必要です。
- 修理前点検は有償サービスとなります。(保証対象の場合は除きます。)
- 症状確認時に原状復帰が困難な分解が必要となった場合、別途費用が発生する場合がございます。
- 修理中にあらたな修理箇所が判明した場合、修理費用が変わる場合がございます。
- 点検・修理サービスは「[ASPINAロボットハンド点検・修理サービス利用規約](#)」に基づき実施いたします。本規約の内容を事前に必ずご確認ください。
- 修理中の代替品貸出サービスをご希望の場合は、有償にて対応させていただきます。

以上の注意事項を読み、理解しました。

お申込み先

プレクスモーションサポートセンター

E-mail: Plexmotion@skcj.co.jp

Tel: 0268-42-1133

(土日祝日および当社休日を除く9:00~12:00、13:00~17:00)

弊社使用欄

受付日:

管理番号:

担当:

メモ: