

入力例

検査・修理依頼

ここでは、現品添付用の検査・修理依頼書のPDF作成をおこないます。
この画面から直接、検査・修理の依頼はできませんのでご注意ください。

<送付先>

〒300-2635 茨城県つくば市東光台5-8-3
オリエンタルモーター株式会社
アフターサービスセンター 検査・修理受付係
TEL:0120-911-271 / FAX:0120-984-815
E-mail: service@orientalmotor.co.jp

必要事項を入力し、「次へ」ボタンを押してください。

ユーザー登録済みの方は、[こちら](#)からログインしてください。
ご登録情報が下記フォームに自動表示され、入力を省略できます。

(※)は必須項目です。

お名前 ※	姓 <input type="text" value="OM"/> 名 <input type="text" value="花子"/> (全角入力) 記入例) 鈴木 一郎
お名前(フリガナ) ※	姓 <input type="text" value="オーエム"/> 名 <input type="text" value="ハナコ"/> (全角カタカナ入力) 記入例) スズキ イチロウ
メールアドレス ※	<input type="text" value="*****@*****.***"/> (半角英数入力) 確認のため、再入力をお願いします。余分なスペース(空白)が入らないようご注意ください。 (携帯電話のメールアドレスは非推奨) <input type="text" value="*****@*****.***"/> (半角英数入力)
会社名 ※	<input type="text" value="株式会社□□"/> 記入例) オリエンタルモーター株式会社
会社名(フリガナ) ※	「カブシキガイシャ」等は不要です。 <input type="text" value="□□"/> (全角カタカナ入力) 記入例) オリエンタルモーター
部署名	<input type="text" value="製造部"/> 記入例) 営業本部
郵便番号 ※	<input type="text" value="000"/> - <input type="text" value="0000"/> (半角数字入力) <input type="button" value="住所自動入力"/> 郵便番号を入力し「住所自動入力」をクリックすると自動的に入力されます。 記入例) 112-0044 海外の場合は000-0000と入力してください。
所在地 ※	都道府県: <input type="text" value="東京都"/> (▼) 市区町村: <input type="text" value="渋谷区"/> (全角入力) 記入例) 台東区東上野 丁目・番地: <input type="text" value="□□1-1"/> (全角入力) 記入例) 4-8-1 ビル名等: <input type="text"/> (全角入力)
電話番号 ※	<input type="text" value="03-0000-0000"/> (半角英数、記号+-) 記入例) 市外局番 - 局番 - 番号
FAX番号	<input type="text" value="03-0000-0000"/> (半角英数、記号+-) 記入例) 市外局番 - 局番 - 番号
依頼内容 ※	<input type="radio"/> 検査のみ <input checked="" type="radio"/> 検査+修理 ※ 有償で修理が可能な場合は、修理見積金額をご連絡します。
品名 ※	<input type="text" value="AZM66MC,AZD-CX"/>
製造番号	<input type="text" value="VO1 1966808,VP41DB8302"/> ※ 製品の銘板に記載の7桁~12桁の英数字をご入力ください。
台数 ※	<input type="text" value="2"/> 台
現象 ※	<input checked="" type="checkbox"/> 動作しない <input type="checkbox"/> 異常音 <input type="checkbox"/> 振動大 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> パワーランプが点灯しない <input type="checkbox"/> アラームが点灯する <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
発生状況	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">現象の詳細をご記入ください。 ※発生状況は400文字以内で入力してください。</div> <input type="text"/> 発生日時 <input type="text" value="2018"/> 年 <input type="text" value="4"/> 月 <input type="text" value="1"/> 日 過去の発生 <input type="checkbox"/> 有
発生頻度 ※	<input checked="" type="radio"/> 常時 <input type="radio"/> 時々 <input type="radio"/> <input type="text"/> 時間毎 <input type="radio"/> その他 <input type="text"/>
使用年月 ※	<input type="radio"/> 開梱時 <input type="radio"/> 初回通電後 <input checked="" type="radio"/> 使用后 (<input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 日 <input type="text" value="1"/> ヶ月 <input type="text"/> 年経過) <input type="radio"/> 不明
報告書 ※	検査報告書 <input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要
連絡欄	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;">※連絡欄は300文字以内で入力してください。</div> <input type="text"/>

お客様からの回答後修理対応いたします。

例) 製造番号記載箇所
モーター銘板



ドライバ銘板



検査報告書“要”の場合で、
報告書宛名がご依頼元と異なる場合は
連絡欄にてご指示ください。