

おもちゃ診療申込書

すこやかおもちゃクリニック

受付日	年 月 日	受付番号	No. -
ふりがな			
氏名	連絡先 (治療完了後連絡します)		-
住所			
おもちゃ名 (特徴)	使用年数	年 月	
症状 (具体的に)	<input type="checkbox"/> 全く動かない / <input type="checkbox"/> 一部・時々動かない / <input type="checkbox"/> 破損		
壊れた原因			
本来の動き (詳しく)			
修理限度額	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり()円迄とする (超過する場合は必ず電話で相談します)		
修理不能の場合	<input type="checkbox"/> お持ち帰り <input type="checkbox"/> すこやかおもちゃクリニックへ寄付する		

* 確認欄 おもちゃの診療(修理)を依頼される方への注意とお願いを確認し同意します。	サイン	お渡し期限日	受付者サイン
	[]	<input type="checkbox"/> なし 日付 <input type="checkbox"/> あり /	
付属明細	<input type="checkbox"/> 電池 種類 () : () 本 <input type="checkbox"/> その他 ()		

診療記録

*ドクター記入欄

*写真・預かり票貼り付け欄

治療結果	<input type="checkbox"/> 治療見合わせ <input type="checkbox"/> 即日治療	
	理由 ()	
	<input type="checkbox"/> ドクター預かり 【担当 (日付)】	
治療内容		
担当ドクター		
治療完了日	月 日 動作確認	
治療部品代	¥	
電話連絡日	① 月 日 () ③ 月 日 () ② 月 日 () ④ 月 日 ()	
	返却者サイン	