

※太枠内をご記入ください

20	年	月	日	分	受付No.	月No.
----	---	---	---	---	-------	------

おもちゃ病院診察申込書 (柿生・二子・枳形・宮崎・日進町・錦ヶ丘)

フリガナ		TEL	—	—
氏名		住所	〒	-
付属明細	<input type="checkbox"/> ACアダプタ <input type="checkbox"/> ACケーブル	<input type="checkbox"/> ソフト 個 <input type="checkbox"/> 電池 本	<input type="checkbox"/> コントローラ <input type="checkbox"/>	
注、個人情報は、おもちゃ病院にて厳重に管理し、診察以外の目的では使用することはございません。				
おもちゃ名		使用年数		
症状	<input type="checkbox"/> 全く動かない/ <input type="checkbox"/> 一部動かない： <input type="checkbox"/> 時々動かない/どんな時？： <input type="checkbox"/> 破損/どの部分？： <input type="checkbox"/> 修理費限度額 (円)			
本来の動き				

診察記録

ドクター記入

受付No.	月No.
-------	------

治療結果	<input type="checkbox"/> 即日退院 <input type="checkbox"/> 入院決定 <input type="checkbox"/> 要長時間 <input type="checkbox"/> 要部品手配 <input type="checkbox"/> SS送り <input type="checkbox"/> ドクター預かり () <input type="checkbox"/> 治療見合わせ <input type="checkbox"/> 部品入手不能 <input type="checkbox"/> 部品高価 <input type="checkbox"/> その他の理由()			
おもちゃの種類、内容()		治療内容()		
修理内容と使用した部品				
治療完了日	月	日	完成度：	%
電話連絡日	月	日	<input type="checkbox"/> 留守電	<input type="checkbox"/> SMS
ドクター名				
部品代	¥	(ドクター)		

おもちゃ病院：
ドクター電話番号：

入院預かり票

おもちゃ名	
受付番号	202 - -
受取サイン：	日付：

お渡し予定は 月 日以降となります

- ・お預かりしたおもちゃは、預かり票と引き換えにお返しいたしますので、大切に保管してください。
- ・お渡し予定日から90日以上を過ぎ、お客様からご連絡がない場合は処分させていただくこともあります

修理明細票

おもちゃ名：	
受付番号	202 - -
部品代	

おもちゃ病院：
ドクター名：
電話番号：