

# CG-SW08TXWM交換申込書

申し込み日 年 月 日

お手数ではございますが、以下の内容をお知らせいただきますようお願い申し上げます。  
(※)がついた項目は必ずご記入いただきますようお願いいたします。

(※)ご送付先住所: 〒□□□-□□□□

会社名: \_\_\_\_\_

(※)ご送付先:TEL: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

フリガナ

(※)ご担当者: \_\_\_\_\_

※ご連絡先が上記の送付先と異なる場合は、お手数ですが以下にご連絡先電話番号とご担当様名をお知らせください。

ご連絡先:TEL: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

フリガナ

ご担当者: \_\_\_\_\_

ご購入先/店舗: \_\_\_\_\_

ご購入年月日: \_\_\_\_\_

(※)ご使用の製品のシリアル番号(S/N),製品リビジョンコード(Rev)

(例)  シリアル番号 103186004030001 Rev A1 リビジョンコード

※同型モデルを複数所有しており、記入欄が足りない場合は、余白に該当のシリアル番号を追記してお知らせください。

S/N:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Rev.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S/N:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Rev.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S/N:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Rev.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## アライドテレシス記入欄

受付No. (9ケタ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日付	_____
返品処理No. (9ケタ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	担当	_____
代替受注No. (9ケタ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		