

修理依頼書

※は必須入力項目です

製品名※	
製品番号※	
ご購入日※	
故障状況/点検 依頼内容※	
依頼品の写真※ (故障個所の画像など)	
住所※	
氏名※	
(連絡のつく)電話番号※	

 キッズメディカル株式会社

〒113-0033 東京都文京区本郷2-27-12

TEL : 03-5615-8822

FAX : 03-5615-8855

EMAIL : 1922kids-inquiry@kids-medical.com