

サービスシート (不具合品返却用)

不具合品を入れた箱の中に
このサービスシートを
同梱して下さい。

製品には万全を期しておりますが、万一不具合が発生した場合は、
お手数ですが、このサービスシートに必要事項をご記入の上、
ご購入先へご連絡下さい。



印字画像に異常が見られた場合は、必ず**印字サンプル**を同梱してください。

※より正確な調査による品質向上のため、何卒ご協力をお願い致します。

ご確認ください

当社製品にはカートリッジに
このシールが貼られています。



おそれいりますが、以下のような場合は回収に応じかねます。
送料をご負担いただいたり、代替品は有料となります。

- ① 当社のリサイクルカートリッジでない場合
- ② トナー残量が規定残量以下、または
カートリッジの寿命相当だった場合
※規定残量については各ご購入店へご確認ください
- ③ 当社にて不具合が確認されなかった場合
(特に印字サンプルを同梱して頂けなかった場合)

ご注意
ください

ご記入欄

お客様名 (代替品納入先)

| | | |
|---------|-----|-----|
| 会社名 | 住所 | |
| 部署・ご担当者 | TEL | FAX |

ご購入店名

| | | |
|---------|-----|-----|
| 会社名 | 住所 | |
| 部署・ご担当者 | TEL | FAX |

不具合品の回収先 ※回収業者が「専用の伝票」を持ってお伺いします。

| | | |
|---------|-----|-----|
| 会社名 | 住所 | |
| 部署・ご担当者 | TEL | FAX |

| | | | | |
|--------------------------------|----------------|---------------|-----------------|---------------------------------------|
| 商品名： | ご購入時期 | 年 | 月 | 頃 |
| ご使用のプリンター名： | ご使用 開始時期 | 年 | 月 | 頃 |
| ご希望の対処方法 (○をつけてください) | A 代替品希望 | B 検品希望 | C 修理希望 ※ | ※代替品がご用意できない場合のみ。 通常は代替品での対応になります。 |
| 回収ご希望日 | 年 | 月 | 日 | 代替品希望の場合 納品ご希望日 |
| | 年 | 月 | 日 | |

障害内容 《該当する項目の□に✓チェックしてください》

| | | | | |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 開封時 | <input type="checkbox"/> トナー漏 <input type="checkbox"/> カートリッジ破損 <input type="checkbox"/> 部品欠落 <input type="checkbox"/> トナーシール不良 <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 装着時 | <input type="checkbox"/> 作動しない (エラーメッセージ：) <input type="checkbox"/> 装着出来ない <input type="checkbox"/> 異音 (使用中も含む) | | | |
| 印字不良 | <input type="checkbox"/> 線 (進行方向に対して <input type="checkbox"/> 縦線 <input type="checkbox"/> 横線) <input type="checkbox"/> 印字面が黒くなる <input type="checkbox"/> 印字汚れ <input type="checkbox"/> 印字が薄い <input type="checkbox"/> 印字カスレ (印字面 <input type="checkbox"/> 全体 <input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 端側) <input type="checkbox"/> 点汚れ <input type="checkbox"/> 二重写り <input type="checkbox"/> トナー漏れ | | | |
| 障害時 用紙方向 | <input type="checkbox"/> 横送り | | <input type="checkbox"/> 縦送り | 用紙種類 <input type="checkbox"/> 普通紙 <input type="checkbox"/> 再生紙 <input type="checkbox"/> ラベル紙 <input type="checkbox"/> 厚紙 <input type="checkbox"/> その他 () |
| その他 | 上記以外の障害が発生した場合にご記入下さい。 | | | |