



受付： 月 日

担当者：

太枠内をご記入ください

申込者記入	お名前（苗字のみ）：		電話番号：（ ）
	ご住所（番地なし）：横浜市		
	おもちゃ名：		特徴・色：
	症状	<input type="checkbox"/> 動かない---どの部分ですか(<input type="checkbox"/> 時々動かない---どんなときに(<input type="checkbox"/> 破損-----どの部分ですか(その他(
	<p>ご留意事項 十分に注意して修理をさせていただきますが予想外の構造や内部の劣化、又は不慮の事故等により、おもちゃに現状以上にダメージを与えてしまう可能性があります。その場合、当院では免責とさせていただきます。</p> <p>上記条件に同意し、修理を依頼します。 <input type="checkbox"/></p> <p>元気になったおもちゃの写真をHP,SNS等で紹介する事に同意します。 <input type="checkbox"/></p>		

カルテ

治療 処置： 1. 即日治癒 2. 入院 3. 治療不能

病名：

所見：

診察（治療） 月 日 医師名：

引換券

部品等：

おもちゃ名

名前(苗字)：