

デントリペア受付票

		起票日 月 日	
		起票者	
依頼元名 (元請会社名)	担当者名		
	連絡先		
車 種		登録番号	
注文の種類	<input type="checkbox"/> 実費修理 【 <input type="checkbox"/> デントリペア見積書必要】 <input type="checkbox"/> 保険修理 自社(元請)協定 【 <input type="checkbox"/> デントリペア見積書必要】 <input type="checkbox"/> 保険修理 ヘコミ救急隊が協定(※以下に情報を記入してください。) ・保険会社: _____ ・担当者名: _____ ・連 絡 先: _____ ・立ち会い: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未【 月 日 予定】 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>		
車検証	<input type="checkbox"/> 車載 <input type="checkbox"/> コピー添付 <input type="checkbox"/> 添付なし		
車両の種類	<input type="checkbox"/> お客様お預かり <input type="checkbox"/> 商品/在庫車 <input type="checkbox"/> 社用车/代車 <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】		
ボディーコーティング	<input type="checkbox"/> 有 【施工証明書添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
過去の修理(塗装)履歴	<input type="checkbox"/> 有 【対象パネル: _____】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
交換予定部品 (ガラス,モール等)	<input type="checkbox"/> 有 【対象部品: _____ 見積書添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】 <input type="checkbox"/> 無		
デントリペア以外の の修理施工	<input type="checkbox"/> 有 【対象パネル: _____ 見積書添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】 <input type="checkbox"/> 無		
その他・施工条件			
入庫日 月 日	納期 月 日	出庫日 月 日	受付者
デントリペア施工者			
内装脱着施工者	<input type="checkbox"/> 取り外し <input type="checkbox"/> 組み付け		
完成検査員	1	2	