



## 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	<p><input type="checkbox"/>実費修理 【<input type="checkbox"/>デントリペア見積書必要】</p> <p><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】</p> <p><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。)</p> <p>・保険会社: _____</p> <p>・担当者名: _____</p> <p>・連絡先: _____</p> <p>・立ち会い: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>済 <input type="checkbox"/>未【 月 日 予定】</p>			
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"/> 社用車/代車 <input type="checkbox"/> その他【 】			
ボディコーティング	<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		<input type="checkbox"/> 取り外し <input type="checkbox"/> 組み付け	
完成検査員	1	2		

FAX 050-3156-3423

※太枠内をご記入の上、修理車両に添付してください。