



日本エム・ケー・エス(株) サービス依頼票
(Plasma and Reactive Gas Solutions製品用)

修理品送付先

〒196-0003 東京都昭島市松原町2-12-11
日本エム・ケー・エス株式会社
東京サービスセンター サービス宛
Tel.042-500-8825 Fax.042-500-8829
※必須項目は必ず記入が必要です。

弊社使用欄
修理番号

お客様情報	ご依頼主※	<input type="radio"/> エンドユーザー <input type="radio"/> 装置メーカー <input type="radio"/> 販売店(※必須:エンド欄にエンドユーザー情報を明記してください)		
	依頼日※		貴社管理番号	
	依頼社名※			
	所在地※	〒		
	ご所属※(必須記入項目)		ご担当者名※	
	電話番号※(必須記入項目)		FAX番号※	
	E-Mail※(必須記入項目)			
返却先	製品返送先※	<input type="radio"/> 同上 <input type="radio"/> 下記		
	会社・団体名※			
	所在地※	〒		
	ご所属※		ご担当者名※	
	電話番号※		FAX番号※	
	E-Mail			
製品情報	エンドユーザー エンドユーザー所在地			
	MKS品名/品番※			
	Customer Part No.			
	シリアル番号※			
	付属品			
	購入時期			
使用環境	使用期間			
	装置(プロセス)名			
	Cuプロセス※	製品は半導体製造工程で 銅配線工程に関わる工程でご使用されましたか? <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ はいとお答えの場合 製品は二重梱包してください 梱包の外側に銅使用と赤で明記 梱包の外箱にオレンジ色のテープ等で銅使用であることが目立つ様にしてください		
サービス内容	使用ガス※直接ガスに接する製品のみ記入してください	直接ガスに接する製品ですか? <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 使用しているガス名: 上記使用ガスに毒性はありますか? <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 機器はバージされましたか? <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 機器は洗浄されましたか? <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ		
	依頼内容※	<input type="checkbox"/> R1(修理) <input type="checkbox"/> R2(プラズマブロック交換を含む修理) <input type="checkbox"/> R3(オーバーホール) <input type="checkbox"/> E1(調査) 「改造・機種変更」をご希望の場合はご相談ください。		
	不具合症状※			
その他	発生状況※	<input type="radio"/> AC ON時 <input type="radio"/> 使用開始から _____ 日後 <input type="radio"/> その他		
	発生頻度	<input type="radio"/> 常時 <input type="radio"/> 1回のみ <input type="radio"/> 時々 <input type="radio"/> その他		
	特急修理 EX1 有償	<input type="radio"/> 不要 <input type="radio"/> 納期 _____ 月 _____ 日 (但し、状況によっては受けられない場合がございます)		
連絡事項				

注意事項

- 米国製の弊社製品は全て米国の輸出規制に従って提供される為、製品の最終需要者の確認が必要です。
- ※印の必須事項をもれなくご記入の上、一件一葉で必ずサービス依頼品に添えてご送付ください。
- ※の項目に記入がない場合、修理受付・納期等に支障がありますのでご注意ください。
- 固定修理価格となり御見積書に詳細を記載できかねますのでご了承ください。
- 事前にお打合せのない特急修理のご依頼は、ご要望にお応えできませんのでご了承ください。
- エンドユーザー様は代理店情報を必ずご記入ください。
- お客様都合で修理及び校正を中止する場合は初期診断費をご請求致します。