

F A X 送 信 票

御中

技術相談をお願いいたします。

①平成 年 月 日

認証番号	1 -	事業場名		相談者名	
支 部 名	支部				
電話番号		F A X 番号			

技 術 相 談 内 容

②エンジン・トランスミッション関係の資料請求はフル型式をご記入ください。

(例) エンジン型式: 1G-GTEU ミッション型式: RE5R01A

メーカー名・通称名	・	車両型式		車体番号	
ガソリン (E F I ・ E キャブ ・ キャブ) ・ ディーゼル / SOHC ・ DOHC / 過給機 (有 ・ 無)					
エンジン型式		ミッション	M/T ・ A/T	ミッション型式	
初度登録年月		走行距離		k m	

③ ・ 不具合状況 及び 要望資料 (出来るだけ具体的に) ()
 ・ 作業結果報告 () } どちらかに○印をして下さい。

《 受付者記入欄 》

受付者:	送付した資料名:	[ページ]	[枚]
結果報告:			
			対応時間
			:

<お 願 い> 相談窓口を円滑にご利用頂くため下記事項をお守り下さい。

- ① F A X 送信後、事業場名・氏名を名乗った上で、F A X を送付した旨 (技術相談であること) を告げて下さい。
- ② 会社名・担当者名・車両型式・年式等を告げ、具体的な現象・症状を説明して下さい。
- ③ 相談時間は 10 時～16 時とし、昼食時をご遠慮下さい。 ④ 相談の前に点検を実施して下さい。
- ⑤ 整備主任者、2 級整備士等技術に詳しい方が質問して下さい。⑥ 今後の参考のため作業結果報告をお願いします。