

コチャママ問合せ依頼票

アルソア慧央グループ コチャママ担当

FAX：0551-36-6020

TEL：0120-04-4912 直通：0551-20-5136

記入日 年 月 日

FAX送信者	名称	様	ご担当者	様	TEL：	コチャママからの 連絡先。	<input type="checkbox"/>
コチャママ 使用者	契約者名	様	ご住所		TEL：	どちらかに✓ をしてください	<input type="checkbox"/>

ご使用機種に○をしてください クックスター アクアメイト スパピュア スパピリカ

【申し出内容】 具体的にご記入ください。※不具合の場合は、別紙不具合聴取票もご記入ください

コチャママ使用欄

受付No： 受付者： 対応日：

コチャママ不具合部分聴取票

(不具合の場合は本書面を併せてご提出ください)

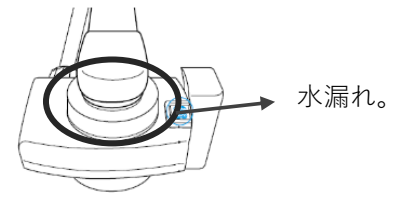
契約者名	様
TEL :	

--

不具合部分に○をお願いします。

※不具合内容はコチャママ問合せ依頼票の申し出内容欄にご記入ください。

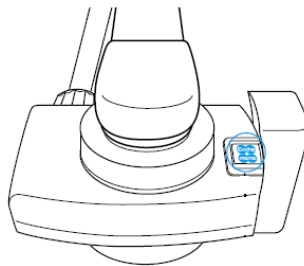
(記入例)



クックスター



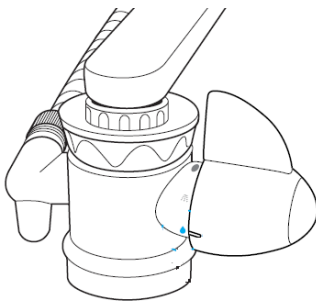
共通切替コック



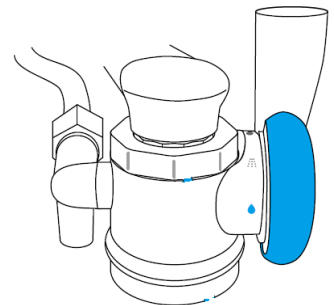
アクアメイト



クックスター
250Z切替コック



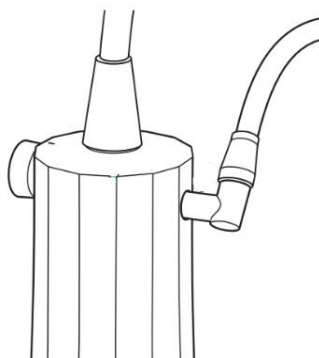
アクアメイト
230S切替コック



スパピュア



スパピュア・スパピリカ
背面(給水口)



スパピリカ

