

コクレアケアセンター予約申込書

太枠内の必要事項を記入の上、**Fax : 0120-133-696** へお送りください。

メールの場合は太枠内の必要事項を jpcustomerservice@cochlear.com へお送りください。

ふりがな 着用者さまのお名前	
生年月日	西暦 年 月 日
ご同行者さまのお名前	
ご連絡先 (メールアドレスかFAX番号)	
ご訪問予定のケアセンター (ご予約地域を○で囲んでください)	東京 ・ 大阪 ・ 名古屋
2 営業日前までの完全予約制	
ご希望される訪問日時 (時間は○で囲んでください)	第1 希望日時 月 日 午前の部 10:00, 11:00, 12:00 午後の部 14:00, 15:00, 16:00
ケアセンターの営業日 東京： 火曜日～木曜日 大阪： 月曜日～金曜日 名古屋： 金曜日/月1回 (祝祭日、当社休業日等を除く)	第2 希望日時 月 日 午前の部 10:00, 11:00, 12:00 午後の部 14:00, 15:00, 16:00
※詳しくはホームページをご覧ください	第3 希望日時 月 日 午前の部 10:00, 11:00, 12:00 午後の部 14:00, 15:00, 16:00
ご希望される依頼内容と機種 機種名： _____ ケアセンターでは部品等の販売は行っていません	A、お手入れ方法・取扱についての説明・実演を受けたい。 B、アクセサリ類を試聴・試用してみたい。 C、「マイクロホンカバー交換代行サービス」 Nucleus® 7 : 税込 1,760 円 Nucleus® 6、Nucleus® 5、KANSO® : 税込 1,430 円 注1) 交換用部品を持参された方は無償で交換いたします。 注2) イヤブックの交換をご希望される方は交換用部品をご購入の上ご持参ください。 注3) 請求書と振込用紙を後日ご自宅に送らせていただきます。 D、「Baha® 5 用バッテリードア交換代行サービス」(税込 1,100 円) E、その他 (マップのお問合せは、お取り扱いしておりません) ()

折り返し、Fax またはメールにて訪問日時・センター名をお送りします。

訪問された際には、受け付けにてお名前をお伝えください。

ご予約確認の連絡がない場合は、下記までご連絡くださいますようお願い申し上げます。

コクレアケアセンターに関するお問い合わせ先

カスタマーサービス 電話 : 03-3817-0243 Fax : 0120-133-696

Email : jpcustomerservice@cochlear.com