

コクレアケアセンター 予約申込書

お申し込みは **QRコード**、**電話**、**FAX** から可能です。

【お申し込み QRコード】

【完全予約制 コクレアケアセンター ご連絡先】

Email: jpcustomerservice@cochlear.com

お問合せ電話番号 Tel : 03-3817-0243 (カスタマーサービス)

Fax : 0120-133-696

※2 営業日前までにお申し込みください。

※コクレアケアセンターでは部品の対面販売は行っておりません。

**コクレアケアセンターにて購入申し込みをいただいた際には、
後日製品と請求書・振込用紙をご自宅にお送りいたします。**



QRコードからのお申し込みが
便利です。

ふりがな	
装用者さまのお名前	
生年月日	西暦 年 月 日
ご同行者様のお名前	
ご連絡先 (メールアドレス or FAX番号)	
ご訪問予定のケアセンター (ご予約の地域を○で囲んでください)	東京 ・ 大阪 ・ 名古屋
ご希望の訪問日時 (時間は○で囲んでください) ケアセンターの営業日 平日：月～金 (祝祭日・当社休業日等を除く)	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
	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
	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： _____	<p>A : お手入れ方法・取扱いについての説明・実演をうけたい</p> <p>B : アクセサリー類を試聴・試用してみたい</p> <p>C : 人工内耳マイクロホンカバー交換代行サービス</p> <p>D : Baha®バッテリードア交換代行サービス</p> <p>E : その他 (マップのお問合せは対応しておりません)</p> <p>注) C : 人工内耳マイクロホンカバー交換代行サービス D : Baha®バッテリードア交換代行サービスをご希望の場合はご自身の予備パーツをご持参ください。</p>