|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **To :** | ㈜코썸사이언스 |  | |
|  | 레이저응용기술연구소 |  | |
|  |  |  |  |
| **TEL :** | 032-623-6320 | **FAX :** | 032-623-6325 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 서비스 요청서를 작성하신 후, FAX 또는 E-mail 발송 부탁 드립니다.

**FROM:**

COMPANY (회사명):

DEPARTMENT (부서명):

PERSON IN CHARGE (담당자 명):

TEL (전화):

FAX (팩스):

ADDRESS (주소):

LASER MODEL (레이저 명칭):

REQUIRED SERVICE VISIT DATE (희망 방문일)

-1ST POSSIBILITY (제 1희망 방문일): 년 월 일

-2ND POSSIBILITY(제 2희망 방문일): 년 월 일

TROUBLE DETAILS (고장 내용):

* WE ASK YOUR SERVICE VISIT ACCORDING TO “HOURLY RATES”
* 귀사의 시간당 수리비 기준에 준하여 서비스 요금을 지불해야 하는 것을 알고 있습니다.

DATE(날짜) SIGNATURE(서명) (년/월/일 순으로)