



▼(A)又は(B)を選択してください。

どちらかを選択しチェックを入れて下さい

(A) DRPネットワーク(株) 本部御中
FAX 03-5622-5531
電話 03-3673-5552
 担当加盟店工場を選定願います。

(B) DRPネットワーク加盟店工場
 _____ 御中
FAX _____
 電話 _____

依頼日 年 月 日

プロ代理店名 提携先
 コード _____
 ▲必ずご記入ください

必ず
 FAX _____
 (月/) () _____
 (事務所)・(携帯) (どちらかに○)
 電話 () _____

様

(A) 県外の加盟店工場などで、担当加盟店工場不明の場合は、DRP本部へご連絡ください。
 (B) 直接加盟店工場へご連絡される場合は、DRP本部への連絡不要です。
 (C) 本紙を使わず、電話での依頼の場合は、担当加盟店工場から「引取シート」のFAXをもらってください。
注 いかなる場合も、担当加盟店工場は、「引取シート」をご紹介代理店様とDRP本部へ必ずFAXのこと。

車検依頼者	氏名	電話	_____
		携帯	_____
	車両引取場所		_____
車 両	車名	登録ナンバー	_____
車検満了日	平成	年	月 日
車検入庫希望日	月 日()	~	月 日() * 工場と打合せて決める
自賠償保険	1. 紹介者(プロ代理店)が手配	2. 入庫先「DRP加盟店工場」で付保	
ご希望連絡先	* ご自宅・携帯・勤務先	勤務先TEL	
ご連絡希望日時	月 日()	~	月 日() 時~ 時頃
その他連絡事項	_____		

※必ず、ご紹介代理店様へ(A)DRP本部又は(B)加盟店工場は返信のFAXをすること。 _____ は重要必ず記入のこと。

- (A) **DRPネットワーク本部記入欄** ⇨ **必ずFAXにて返信** 担当者名 _____
 下記のように担当加盟店工場に連絡をいたしました。
 車両引取後、担当加盟店工場から「引取シート」がFAXされますのでご確認ください。
 担当DRP加盟店工場名 _____ 所在 _____ 市・町 _____
 電話 () _____ 担当者名 _____
- (B) **DRPネットワーク加盟店工場記入欄** ⇨ **必ずFAXにて返信** (加盟店工場直受の場合は、引取予定を報告後、引取ってから「引取シート」をFAX。)
 お客様には連絡済み ©引取予定 月 日
 車両引取後、「引取シート」をFAXします。

追加ご報告欄