ＦＡＸ送信票

御中

技術相談をお願いいたします。

①令和　　年　　月　　日

認証番号	１－	事業場名		相談者名	
支部名	支部				
電話番号		ＦＡＸ番号			

技術相談内容

②エンジン・トランスミッション関係の資料請求はフル型式をご記入ください。

（例）エンジン型式：１Ｇ－ＧＴＥＵ　　ミッション型式：ＲＥ５Ｒ０１Ａ

ﾒｰｶｰ名・通称名	・	車両型式		車体番号	
ガソリン（ＥＦＩ・Ｅキャブ・キャブ）　・　ディーゼル　／　ＳＯＨＣ　・　ＤＯＨＣ　／　過給機（有・無）					
エンジン型式		ミッション	Ｍ／Ｔ　・　Ａ／Ｔ	ミッション型式	
初度登録年月		走行距離	ｋｍ	駆動方式	ＦＦ・ＦＲ・ＡＷＤ

③　・不具合状況　及び　要望資料（出来るだけ具体的に）（　　）

　　・作業結果報告　（　　）

どちらかに○印をして下さい。

不具合発生日：令和　　年　　月　　日

《受付者記入欄》

受付者：　　送付した資料名：　　[ページ]　　[枚]

結果報告：

対応時間	：

＜お願い＞ 相談窓口を円滑にご利用頂くため下記事項をお守り下さい。

①ＦＡＸ送信後、事業場名・氏名を名乗った上で、ＦＡＸを送付した旨（技術相談であること）を告げて下さい。

②会社名・担当者名・車両型式・年式等を告げ、具体的な現象・症状を説明して下さい。

③相談時間は 10 時～16 時とし、昼食時はご遠慮下さい。　④相談の前に点検を実施して下さい。

⑤整備主任者、2 級整備士等技術に詳しい方が質問して下さい。⑥今後の参考のため作業結果報告をお願いします。