



依頼日 平成 年 月 日

▼(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 - -

プロ代理店名 _____ 様
 提携先コード _____
 ▲必ずご記入ください

FAX () -
 (事務所)・(携帯) (どちらかに○)

電話 () -

必ず
FAX
月 / 日

- (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。

修理依頼者	氏名 (ふりがな) _____	電話 _____
	_____	携帯 _____
	車両引取場所 (事故現場・自宅・勤務先・工場へ持込み・その他 _____) マンション名 _____ 区・市・郡 _____ 丁目 番号 _____	
車 両	車名 _____ 登録ナンバー _____	所有者 (契約者・相手) _____
事故状況等 (単独事故・相手有り・過失割合有り・その他 _____)		
保険内容	<input type="checkbox"/> 契約損保名(車両・対物) _____ <input type="checkbox"/> 被害事故の相手損保名(対物) _____	
車両保険金額 (又は <input type="checkbox"/> 対物)	<input type="checkbox"/> 特約 (一般車両・車対車+A・その他 _____) (又は <input type="checkbox"/> 対物) 車両保険金額 _____ 万円	<input type="checkbox"/> 免責 (免責有り・免責無し)(現金払い) (免責 _____ 万円)
工場代車	<input checked="" type="checkbox"/> 加盟店所有の代車の必要 (有り・無し) (具体的希望 _____)	
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