

Customer Reply/返信用紙

betreffend / regarding/対象製品

21Y14 Push Valve プッシュバルブ

21Y15 Mag Valve マグバルブ

21Y14=S Push Valve Oberteil / Upper part 上部パーツ

21Y15=S Mag Valve Oberteil / Upper part 上部パーツ

Dear Sir or Madam,

According to the Urgent Field Safety Notice please fill out this reply form and send it back to the following contact **immediately after you have shipped the replacement parts**, to your local Otto Bock Partner, e-mail preferred:

対象製品をご愛用のお客様

FSN にもとづき、対象製品の交換が終了しましたら、下記にご記入の上、オットーボック・ジャパンまで FAX または返送をお願い致します。

オットーボック・ジャパン株式会社
義肢事業部 深谷香奈
〒108-0023 東京都港区芝浦 4-4-44 横河ビル 8F
TEL:03-3798-2111 FAX: 03-3798-2112

* ご記入ください

会社名	
顧客番号: 空欄可	
住所	
電話番号	
FAX 番号	
E-mail アドレス	

* チェックを入れてください

I have read and understood the recall instruction provided in the Field Safety Notice.	提供された FSN の情報を読み、理解しました。
[] Yes はい	[] No いいえ
I have informed all affected patients according the	FSN に基づき、対象製品を使用しているユーザ

FSN.	一様に連絡しました。
<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
I have send replacements to all affected patients.	対象製品を使用されているユーザー様に、交換パーツを送付しました。
<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ

Record the Catalog Number, LOT-Number and the Manufacturer-ID of the replacement parts you have shipped to the patient.

交換パーツの情報記録

*** オットーボック・ジャパンにて記載いたします。**

Please use a separate sheet if necessary.

Artikelnummer / Catalog Number	LOT-Nummer / LOT- Number	Hersteller-ID / Manufacturer ID	Anzahl Patienten / Number of Patients

*** ご記入ください**

Datum / Date(日付)	Unterschrift Kunde / Signature Customer (署名)

***以下はオットーボックの使用欄です。**

<u>Wird von Ottobock SE & Co. KGaA ausgefüllt / Will be filled out by Ottobock SE & Co. KGaA</u>	
Eingang:	
	Unterschrift OB Mitarbeiter