

申込書

同意書の事項の条件下で、データリカバリーの可否診断作業を依頼することに合意致します。

クライアント情報				年	月	日
会社名						
部署名			ご担当者			
所在地	〒 -					
TEL	()		FAX	()		
	内線 ()	E-Mail		@		

以下の質問内容をクライアント様よりご確認の上、チェックマークをご記入ください。

サービス情報						
サービスレベル	優先サービス (3 営業日以内)			スタンダード (7 営業日以内)		
メディアタイプ	CD-ROM	DVD-ROM		フロッピーディスク		
	ハードディスク (IDE)	ハードディスク (SCSI)		RAID システム		
	MO ディスク	JAZ 1-2GB		ZIP ディスク		
	CF カード	スマートメモリー		メモリースティック		
	SD メモリーカード	USB フラッシュメモリー		ATA カード		
	SyJet / SparQ	Syquest 44MB-230MB		DAT テープ		
	カートリッジテープ	マイクロドライブ		口 その他 ()		
ドライブ製造元	Apple	Compaq	Conner	Dell	DEC	
	Fujitsu	HP	Hitachi	IBM	Iomega	
	JTS	Kodak	Maxtor	Micropolis	Olympus	
	Quantum	Samsung	San Disk	Seagate	Smart Media	
	Sony	Syjet	Syquest	Toshiba	GS	
	WesternDigital	不明	その他 ()			
使用 O/S	DOS	Linux	PC DOS	Win3.1	Win95	
	Win98	WinMe	WinNT3.5	WinNT4.0	Win2000	
	WinXP	Mac Ver. []	Netware	Solaris	Unix	
	SCD	VMS	Zenix	その他 ()		
FAT タイプ	FAT12	FAT16	FAT32	NTFS	HPFS	その他 ()
モデル名			シリアル番号			
不具合内容	システムで認識不可 認識するがアクセス不可 スピンしない 異音 その他 ()		Partition 情報			
			RAID 情報			
修復希望 データ (Path など)			パスワード 情報	BIOS パスワード _____		
				HDD パスワード _____		
				その他のパスワード _____		
				設定していない		