



お電話問い合わせ	ご来店	出張依頼	代理店扱
----------	-----	------	------

Dr. DATA

Dr. DATA データ復旧 富山 行 お申込日 年 月 日



データ復旧サービス申込書 (受付伝票)

下記の通りデータ復旧 (診断作業) を申し込みます。 取り扱い店名

■お客様情報 (※は法人様のみご記入ください)

法人名・個人名	ふりがな			印
ご担当者※	ふりがな	部署名		
ご住所	〒			
電話番号	FAX番号			
E-mail	携帯電話			
ご請求宛名※				

■修理品情報

種類	<input type="checkbox"/> デスクトップ <input type="checkbox"/> ノート <input type="checkbox"/> サーバ <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他 ()	メーカー	
OS	型番		

■トラブルの状況 (できるだけ詳しくご記入ください)

(例 発生日時、エラーメッセージ、エラー番号、直前の操作内容、復元したいデータ名、フォルダ名など)

■復旧調査およびデータ復旧作業完了後の取り扱いについて

対応コース	<input type="checkbox"/> 標準対応 <input type="checkbox"/> 特急対応 (納期・料金が異なります)
本体開封作業	<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません
復旧データ納品	<input type="checkbox"/> レンタルHDD (無料) <input type="checkbox"/> 買取外付HDD (有料) <input type="checkbox"/> その他
障害品返却	<input type="checkbox"/> 廃棄希望 <input type="checkbox"/> 要返却

■お預かり品

ハードディスク (台)	パソコン (デスクトップ 台 ・ ノート 台)
CD/DVD (枚)	USBメモリ (本) SDカード (枚)
その他	

■アンケートにお答えください

Q1. 弊社をどちらでお知りになりましたか?
検索エンジン () インターネットの書き込み等 ()
ご紹介 (ご紹介者名) その他 ()

Q2. 弊社をお選びになった理由
近いから 料金が安いから 信頼性が高い その他 ()

送付先
 〒930-0852 富山県富山市奥田寿町19-1-106 Dr. DATA データ復旧 富山宛
 FAX 076-443-8690

入庫日	/	伝票番号		初期診断 1	/	2	/	3	/	4	/
見積もり提示	/	正式依頼	/	完了連絡	/	納品	/	入金日			

Dr.DATA 御中

サービス利用についての同意書

- ・私は御社サービスを利用するにあたり、以下の事項を誓約・同意します。

当該役務の目的が日本国の法律に反しない用途に供されること

当該役務利用により私個人及び第三者に有形無形の損害が発生した場合にはその責を私が全て負う事

私の当該役務利用によって万一御社に副次的に有形無形の損害が発生した場合は私はその責を全て負う事

法令に基づき裁判所その他の司法機関及び行政機関から私に関する情報等の開示を要求された場合、御社がその情報を私の同意なしに開示すること

- ・診断、お見積もり以降のキャンセルはお受けすることができません

- ・お支払いにつきましては基本的に現金引き換えのみとさせていただきます

- ・弊社貸し出し物品を所定期日に返却願えない場合は、お買い取りして頂く場合がございます

- ・Dr.DATA がお預りしたお客様の情報は当社プライバシーポリシーに基づき厳重に管理・取り扱いいたします。

上記事項を了解し、サービスを利用いたします。

年 月 日

住所

氏名

印