

メモリー・データ復旧依頼書

※ 本文を印刷、記入し記憶装置と一緒に送ってください。

◆ふりがな	◆ご記入日	年	月	日
◆お名前	印			
◆会社名	部署名			役職名
◆ご請書先宛名:				
◆ご住所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社				
〒	-		都道	
			府県	
◆ご連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社				
<input type="radio"/> TEL	-	-	<input type="radio"/> FAX	-
<input type="radio"/> 携帯			<input type="radio"/> E mail	

ご使用環境（お判りになる範囲で下記の項目をご記入ください。）

◆ご使用カメラ・携帯電話・PCのメーカー名および機種（	）
◆ご使用のOS（PCでご使用の場合記入の事）	
<input type="checkbox"/> Windows98 or 98SE or ME	<input type="checkbox"/> Windows2000 or Server or 2003
<input type="checkbox"/> WindowsNT(Ver	）
<input type="checkbox"/> WindowsXP or 64XP	
<input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Windows7
<input type="checkbox"/> Windows8	<input type="checkbox"/> その他（
	）
◆メディアの種類 <input type="checkbox"/> スマートメディア <input type="checkbox"/> メモリーステック <input type="checkbox"/> コンパクトフラッシュ <input type="checkbox"/> SD メモリー <input type="checkbox"/> XD メモリー	
<input type="checkbox"/> USB メモリー	◆容量（
	B）
◆ご依頼枚数（	枚）

復旧希望データに関する事項（詳しくお書きください。）

◆アクセス不能となった月日:	年	月	日頃	<input type="checkbox"/> 不明
◆復旧リカバリーを希望するデータ名を記入してください。（フォルダ名、ファイル名、ファイルの種類等）				
<input type="checkbox"/> 別紙 <input type="checkbox"/> 不明				
◆状況: <input type="checkbox"/> メディアを認識しない。 <input type="checkbox"/> フォーマットを要求される <input type="checkbox"/> 削除した <input type="checkbox"/> フォーマットした。 <input type="checkbox"/> 突然アクセスしなくなった。				
◆フォーマットした場合は下記にチェックを付けてください。				
<input type="checkbox"/> カメラでフォーマットした	<input type="checkbox"/> カメラで全消去	<input type="checkbox"/> PC でクイックフォーマット	<input type="checkbox"/> PC で通常フォーマット	
◆具体的な症状や現象を具体的に記入してください。				
◆その後の処理				
<input type="checkbox"/> その後もデータの記録を行った。 <input type="checkbox"/> 最適化を行った。 <input type="checkbox"/> PC でスキャンデスクを行った。 <input type="checkbox"/> 何も行っていない。				

希望事項

<input type="checkbox"/> お見積書の発行を希望（料金は1枚、送料税込み総額¥9,450-です。 ※データと一緒にの送付となります。）
<input type="checkbox"/> 途中経過報告を希望: <input type="checkbox"/> メールで希望 <input type="checkbox"/> 一般電話へ連絡 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> FAX で希望（時間帯: ~）
<input type="checkbox"/> 配達指定の希望有り: <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12時~14時 <input type="checkbox"/> 14時~16時 <input type="checkbox"/> 16時~18時 <input type="checkbox"/> 18時~20時 <input type="checkbox"/> 20時~21時
<input type="checkbox"/> その他（
◆ご連絡メモ
◆当社からの連絡事項
★ 復旧リカバリーしたデータは CD-R にコピーしお送りします。
★ メモリーは必ず返却致します。
★ 料金のお支払いは、復旧品を受け取り内容を確認後、郵便局又は銀行からの振り込み下さい。

ご連絡、送付先 「データ復旧.COM」 〒019-1701 秋田県大仙市神宮寺字本郷下 50-3

電話 050-3458-5542 Email mail@fukkyuu.com