

パソコン修理&データ復旧 作業依頼書

2017年 月 日

ご住所	〒 都道府県 市区郡	
	町村	
お電話	()	
お名前	ふりがな	
E-Mail	@	
ご連絡先	※携帯又はお勤め先等、日中連絡可能なお電話番号をご記入ください。 ()	
パソコンについて		
メーカー名		
機種名		
OS	Windows <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 2000 <input type="checkbox"/> XP <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> 98	
パスワード設定		
同梱品	<input type="checkbox"/> AC コード <input type="checkbox"/> AC アダプター <input type="checkbox"/> バッテリー <input type="checkbox"/> 付属ドライブ() <input type="checkbox"/> リカバリディスク(枚) <input type="checkbox"/> その他()	
主な症状とご要望 ※分かる範囲で出来るだけ詳しくお願いします。	電源	<input type="checkbox"/> 入る <input type="checkbox"/> 入らない
	Windows	<input type="checkbox"/> 起動する <input type="checkbox"/> 起動しない <input type="checkbox"/> エラー画面状況 ()
	症状	※お分かりになる範囲で詳しくお願いします。
	復旧ファイル ※優先順位をつけてご記入ください。	※出来る限り詳しくご記入ください。フォルダ、ファイル名等)
	ご希望・ご要望	※ ハードディスクを大きくしたい、メモリーを増設したい等
	事前お見積額	※お問合せ時の弊社お見積もり額をご記入ください。

〒310-0836 茨城県水戸市元吉田町 932 グレースガーデン 1F

パソコン救急病院 JaMtek

TEL 029-304-5773 mail info@jamtek.co.jp