

障害・要望連絡表

FAX : 045-472-8132

年 月 日 発行 (1 /)

製品名・型名 :		製造番号 :		
ソフトウェア名 :		Version :		
使用コンピューター名 :		OS名・バージョン :		
貴社名 :		TEL ()	FAX ()	
担当者名 :		購入先・営業担当 :		
住所 :				
他に使用されているボード :				
使用環境 : <input type="checkbox"/> コンピューター室		<input type="checkbox"/> 一般オフィス	<input type="checkbox"/> 製造現場	
		喫煙 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
連絡内容 : <input type="checkbox"/> ソフトウェアトラブル <input type="checkbox"/> ハードウェアトラブル <input type="checkbox"/> 要望 <input type="checkbox"/> その他 ()				
<p>※トラブルの場合に当社にて再現できるようにシステム構成などを詳細に記入して上記の送付先にお送りください。</p> <p>添付品 :</p> <p>当社利用欄 =対策=</p>				
受付番号	受付	確認	対策	確認
				<input type="checkbox"/> TELにて回答 / <input type="checkbox"/> FAXにて回答 <input type="checkbox"/> その他 ()