

## データ復旧サービス 調査依頼申込書

ご記入日：平成 年 月 日

メディアが故障した日にち

平成 年 月 日頃

お預かりするメディア

形状	メーカー	製品名	シリアルナンバー等
----	------	-----	-----------

症状（できるだけ詳しくご記入ください）

--

優先的に救出したいファイルおよびフォルダ（フォルダ名や、拡張子などどのような情報でも結構です）

--

↑故障前のフォルダやファイル構成等の正しい情報はわかりませんので、「全部」という書き方以外でお願いします。

&lt;お客様情報&gt;

氏名	( )
郵便番号	( )
住所	( )
電話番号	( )
E-mail	( )
※E-mail は弊社から、お客様へのご連絡に利用いたします。正確にご記入をお願いいたします。	

弊社はデータを取り出す際、状況に応じ筐体分解することにより、メーカーの保証の対象外になる可能性があります。細心の注意を払いますが、万が一、分解の際に傷や破損する場合があっても一切責を負いません。復旧調査にあたり、損傷具合によっては現状より症状が悪化する場合もございますことをご了承ください。お客様のご希望により、料金は変わりますが高度な復旧設備のある提携会社へ送付する場合があります。

 上記の内容を承諾いたします。 署名（自署） \_\_\_\_\_ (印)

メディア送付先：

〒220-0074 神奈川県横浜市西区南浅間町 8-22 河本ビル 2 階

株式会社ハートフルトラスト データ復旧センター

電話：045-308-7313 FAX：045-308-7316

取扱者	返却者	検印