

データ復旧サービス 調査申込書

お申込日 平成 年 月 日			
フリガナ			
法人名・個人名			
フリガナ			
部署名/ご担当者			
住所1	〒		
住所2			
TEL(最優先)		TEL	
メールアドレス			
障害メディア	パソコン本体・外付HDD・内蔵HDD・その他		
メーカー	<input type="checkbox"/> Seagate <input type="checkbox"/> WesternDigital <input type="checkbox"/> Hitachi <input type="checkbox"/> Toshiba <input type="checkbox"/> Fujitsu <input type="checkbox"/> Samsung <input type="checkbox"/> Maxtor <input type="checkbox"/> その他(
型番(Model)		S/N	
OS環境	<input type="checkbox"/> Windows <input type="checkbox"/> Linux <input type="checkbox"/> Mac <input type="checkbox"/> その他		
ファイルシステム	<input type="checkbox"/> NTFS <input type="checkbox"/> FAT <input type="checkbox"/> EXT234 <input type="checkbox"/> XFS <input type="checkbox"/> HFS <input type="checkbox"/> その他		
障害発生時	<input type="checkbox"/> OSが起動しない <input type="checkbox"/> ドライブが認識しない <input type="checkbox"/> ファイル/フォルダが開けない <input type="checkbox"/> HDDが回転しない <input type="checkbox"/> 異音がする <input type="checkbox"/> データ削除 <input type="checkbox"/> その他		
障害発生後	<input type="checkbox"/> 電源ON/OFFを繰り返した <input type="checkbox"/> チェックディスクを行った <input type="checkbox"/> 他社で調査 <input type="checkbox"/> 修理サービスを依頼 <input type="checkbox"/> 何もしていない <input type="checkbox"/> その他		
復旧希望データ	フォルダ名・ファイル名・拡張子		
障害状況(できるだけ詳しくご記入ください)	※暗号化やBIOS/パスワードおよびHDDパスワード等を設定されている場合は、ご送付前にご連絡をお願いします		
メディア分解・開封	<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
障害メディア	<input type="checkbox"/> 返却希望 <input type="checkbox"/> 廃棄希望 <input type="checkbox"/> 診断結果に応じて判断します		

メディア送付先

〒101-0021

東京都千代田区外神田2-9-9 オーケービル1F

TEL:03-6206-0470 FAX:03-6206-0471

株式会社DD-RESCUE 宛

DD-RESCUE
HDD-RESCUE