



恵安株式会社

診 断 申 込 書

私は、恵安株式会社にデータリカバリーのための診断を申し込みます。

申込日付 _____年____月____日

御社名 : _____

ご住所 : _____

ご担当者 : _____ (印) 自署 押印をお願いします

連絡先 : Tel _____ 携帯 _____ Fax _____

E mail _____

問 診 票

●障害メディア HDD CD DVD MO メモリー Tape その他 _____
NAS(LAN disk)

Raid の場合、raid 用の用紙をお使いください。

メーカー名 _____ モデル名 _____ 容量 _____ GB _____ MB

障害メディアの実使用容量 _____ GB _____ MB

●障害の状況を詳しく教えてください。

●重要な（復旧しなければならない）フォルダー、ファイルは何ですか？

●ファイルの種類は何ですか？ 拡張子でも結構です。

(例 xls,doc,ppt WORD ,EXCEL, AutoCad,SQL 等)

●ディレクトリー構造を簡単にお書きください。

●障害メディアは保証期間中ですか。

はい 保証期間____年____月____日まで いいえ

●診断上、必要な場合シールをはがしドライブを開封いたします。

この場合メーカー保証が受けられなくなる可能性があります。

開封のご承認をいただけない場合はチェックしてください。 承認しない

この場合、調査結果の精度が落ちる場合があります。

●コンピューター DOS/V MAC Work Station NEC PC98 系 その他

メーカー名_____モデル名_____

●オペレーティングシステム (OS)

WINDOWS 系 XP Vista 2000 *Server NT 98 ,ME Win95 Win3.x

DOS Linux その詳細_____ UNIX その詳細_____

MAC OSX MAC OS9.x MAC OS8.x 漢字 Talk NETWARE

●メディアにパーティション、ボリュームはいくつありましたか? _____個

●暗号化していましたか? はい そのソフト名? _____ Ver _____

いいえ

●圧縮されていましたか? はい そのソフト名? _____ Ver _____

いいえ

●パスワードを設定されていましたか? 設定している 設定していない

それは BIOS パスワード _____

HDD ハードウェアパスワード _____

フォルダー、ファイルのパスワード _____

その他 _____

障害媒体 (4cm 以上の厚さの緩衝材で囲んでください) と本紙を壊れ物扱いで、お送りください。

送り先

〒170-0013 東京都豊島区東池袋 2-18-7

恵安株式会社 データリカバリー部

ご記入いただきました情報は障害媒体の調査のみに使用し弊社のセキュリティーポリシーに基づき守秘いたします。