

## 訪問サポートお問い合わせシート

(FAX,問い合わせ時にこのページを印刷して利用してください)

●分かる範囲内でお答えください、なおトラブル状況はできるだけ詳しくお願いします

お名前 (必須)		(会員・非会員) 様 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
電話番号 (必須):		
日中連絡先 (携帯等):		
住所 (必須)		
<b>下記わかる範囲でお答え下さい。 該当する事には○印をお願いします。</b>		
パソコンについて デスクトップ・ノート・他 ( )		
メーカー名:		
機種名:		
型番:		
OSの種類	Windows (Vista・7・8.1・Mac OS X) その他 ( )	
インターネット接続方式	(光 ADSL) その他 ( )	
プロバイダー名		
使用ブラウザソフト		
使用メールソフト		
ハードディスク容量	総容量:           GB   空き容量:           GB	
メモリー容量		
周辺装置	<input type="checkbox"/> プリンター <input type="checkbox"/> スキャナー <input type="checkbox"/> デジタルカメラ <input type="checkbox"/> 外付けハードディスク <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<b>症状・ご質問内容</b>		
症状の頻度は: <b>(時々・常に)</b> 何をしようとして: どういう操作をした時に: どういう症状になりましたか: いつから: <b>[自由記入]</b>		