

データ復旧申込書

データ復旧の初期診断に関して、以下の項目について承認の上申し込みます。

【ご承諾事項】リカバリーデータテクノロジーは診断復旧期間中とその前後にわたり、装置（HDD 含む）のデータ及び機能に関して、法的責任を負いません。また、HP 記載事項に同意の上でのご依頼とし、リカバリーデータテクノロジーはデータ復旧に関し最善をつくし、データの復旧に成功した場合には初期診断費用を除いたサービスに対してのみご請求いたします。その金額は、初期診断後、診断結果とともにお知らせします。（※1）

申込日 年 月 日

ご住所 (ご返送先)	〒 都道府県 市区郡	
ご連絡先	TEL () 携帯電話 ()	FAX ()
E-Mail	@	
御社名 部署名		
役職名 お名前	フリガナ	<input type="checkbox"/> データ所有者 <input type="checkbox"/> データ保守管理会社
障害物件情報	型番 製造番号 OS <input type="checkbox"/> Windows ()・ <input type="checkbox"/> Mac ()・ <input type="checkbox"/> その他() ご使用容量 GB	
暗号化情報	暗号化 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(名称) IP ID パスワード	
附属品	<input type="checkbox"/> ケーブル <input type="checkbox"/> ACアダプタ <input type="checkbox"/> 保存用 HDD <input type="checkbox"/> その他 ()	
RAID 種別	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> RAID 0 ・ <input type="checkbox"/> RAID 1 ・ <input type="checkbox"/> RAID 5 ・ <input type="checkbox"/> RAID 6 ・ <input type="checkbox"/> RAID 0+1)	
復旧をご希望のデータについて 保管場所 フォルダ名 ファイル名 (拡張子名) 内容 など、出来る限り詳しくご記入下さい。	ドライブ名/フォルダ名/ファイル名(+拡張子)/内容 (例) C:/MyDocument/〇月〇日.jpeg/建物写真 など	1 ご利用のアプリケーションの名称や種類 <input type="checkbox"/> Word <input type="checkbox"/> Excel <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> PDF <input type="checkbox"/> その他 2 データ更新頻度 (例: 毎日) _____ 3 ご使用期間 (例: 1年前から) _____ 4 ご利用人数 (例: 8名~10名) _____ 5 障害発生日時 _____ 6 障害発生時の状況や発生後にされたこと _____

■ コースの種類と内容をご確認の上、ご希望のコースをお選びください。

①メール割コース (メール通販型ご希望の方に。復旧料金から 2,000 円割引いたします。)

お客様からの問い合わせや弊社からの連絡・案内を E-mail にて行います。

なお、重要事項や急いでお聞きしたいこと等、弊社からの電話はメール割の範囲内でございます。

②スタンダードコース (お急ぎの方に。別途料金は不要でございます。)

平日の 10:00 から 19:30 まで、お客様からの電話でのお問い合わせや状況確認をお受けいたします。

メール割申し込み後、電話でお問い合わせをいただいた時点で自動申し込みとなります。

窓口対応につきましては、平日 10:00 から 19:00 までとなっております。

③時間外コース(復旧の有無にかかわらず、別途サービス料¥5,000 となります。)

平日の AM7:00 から 26:00 (深夜 2 時) まで、電話でお問い合わせ頂けるコースです。

上記スタンダードコースの時間外に電話でお問い合わせをいただいた時点で自動申し込みとなります。

土日祝日に電話でお問い合わせ頂いた場合も自動的にこちらのコース利用となります。

時間外の窓口対応はしておりませんのでご了承ください。

④原因調査レポート(別途オプション¥50,000)

障害原因についての報告書を作成するコースとなります。

復旧作業後の作業内容の報告書を作成する場合もこちらのコースの利用となります

費用は先払いとなります。数段の決済・稟議後、ご提出させていただきます。

***②、③専用電話番号 (186) 050-5532-4699 電話の際には、186 を先頭にお付け下さい。**

■ 対応方法をお選び下さい

通常対応 初期診断の連絡後、ご依頼の意向を確認の上、復旧作業に入ります

緊急対応 初期診断と復旧作業を同時に行い、納期を優先します(※2)。

上記内容を確認・承諾の上、データ復旧を申込みます。 **印またはサイン**

※1 物理障害ディスクの場合には、内部の状態や精度を確認するための分解に同意の上でのご依頼とします。

※2 緊急対応ご希望の場合、弊社HP記載事項をご確認の上でのご依頼をお願いします。

持込時ご本人確認 免許証 保険証 他()

リカバリーデータテクノロジー データリカバリー事業部

TEL:050-5532-4699 E-mail: recovery@adte.jp