

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)		
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。		
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 ・ Mac (バージョンがわかればお書きください)	
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 ()	
症状・ご質問内容		
症状の頻度は: (時々・常に) 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: [自由記入]		