

重要！ 以下の文章をよくお読みください。

この書類は、**状況調査票(2 枚)**、**診断同意書(1 枚)**の計**3 枚**で構成されています。正確なリカバリ作業のために、**可能な限り分かる範囲で、大きな字でご記入ください。また記入漏れや記入間違いがないか送信前に再度ご確認ください。**

状況調査票**1. コンピュータの機種（任意）**

メーカー		機種		型番	
------	--	----	--	----	--

2. OS（任意）

<input type="checkbox"/> MS-DOS	Version			
<input type="checkbox"/> Windows	<input type="checkbox"/> Windows 3.1		<input type="checkbox"/> Windows 95	
	<input type="checkbox"/> Windows 98		<input type="checkbox"/> Windows 98 Second Edition	
	<input type="checkbox"/> Windows Me		<input type="checkbox"/> Windows NT4.0 (Workstation ・ Server)	
	<input type="checkbox"/> Windows 2000 (Professional ・ Server)		<input type="checkbox"/> Windows XP (Home ・ Professional)	
	<input type="checkbox"/> Windows Vista (Home Basic ・ Home Premium ・ Ultimate ・ Business ・ Enterprise)			
	<input type="checkbox"/> Windows Server 2003		<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> Linux	ディストリビューション			
	Version		カーネル	
<input type="checkbox"/> Unix	<input type="checkbox"/> Solaris(Sparc)	Version	<input type="checkbox"/> Solaris(Intel)	Version
	<input type="checkbox"/> IBM AIX	Version	<input type="checkbox"/> HP-UX	Version
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> Macintosh	<input type="checkbox"/> OS	Version	<input type="checkbox"/> OSX	Version
<input type="checkbox"/> その他 ()				

3. 復元希望のデータが保存されているメディア（任意）

<input type="checkbox"/> HDD（外付）	<input type="checkbox"/> HDD（内蔵）	<input type="checkbox"/> スマートメディア	<input type="checkbox"/> メモリスティック	<input type="checkbox"/> コンパクトフラッシュ
<input type="checkbox"/> SD メモリ	<input type="checkbox"/> mini SD	<input type="checkbox"/> USB メモリ	<input type="checkbox"/> CD-R/RW	<input type="checkbox"/> DVD±R/RW
<input type="checkbox"/> RAID（レベル 台数 HDD 台）	<input type="checkbox"/> NAS	<input type="checkbox"/> SAS	<input type="checkbox"/> ネットワーク HDD	
<input type="checkbox"/> その他 ()				

4. メディアの容量（任意）

メーカー	型番	開封状況	パーティション数／使用済ドライブ 容量 等	総ディスク容量
		未開封 ・ 開封済		
		未開封 ・ 開封済		
		未開封 ・ 開封済		

5. トラブルの状況（必須）

<input type="checkbox"/> HDD から「カタカタ」など音がする	<input type="checkbox"/> HDD から煙が出ているなど焦げた様子がある
<input type="checkbox"/> BIOS で HDD を認識しない	<input type="checkbox"/> OS が起動しない
<input type="checkbox"/> 削除してないのにファイルやフォルダが消えた	<input type="checkbox"/> スキャンディスクやデフラグを実行した
<input type="checkbox"/> 大切なファイルやフォルダを誤って削除してしまった	<input type="checkbox"/> 誤ってフォーマットしてしまった
<input type="checkbox"/> コンピュータウィルスによる被害を受けた	<input type="checkbox"/> 原因がわからない
<input type="checkbox"/> リカバリソフトを試した ソフト名	<input type="checkbox"/> 他のリカバリ会社に依頼した 会社名
◆ 上記以外で何かありましたら詳細を記入して下さい	

6. 復元希望のデータと保存されているフォルダ、データの種類（必須）

◆ 全データの復元を希望される場合でも、把握されている範囲でご記入下さい。

7. 納品希望メディア（必須）

- ☐ 希望なし（弊社が最善と判断するメディアでの納品となります。）
☐ HDD（USB 外付けハードディスクでの納品となります。）☐ DVD-R☐ DVD-RAM☐ CD-R（ 枚）
☐ その他（ 希望メディアをご記入ください。）
CD-R・DVD-R以外の納品希望メディアは別途メディア代（実費）が必要になります。あらかじめご了承ください。

8. メディアの保証について（必須）

診断に必要な際、メディアのシールを剥がして開封する事があります。メーカーの保証が受けられなくなりますがよろしいですか

- ☐ はい☐ いいえ

9. メディアの廃棄とご返却（必須）

メディアの返却を希望しますか？

- ☐ はい【返送料がかかります】☐ いいえ

※ 論理障害・物理障害のメディアは再使用出来ません。障害メディアはデータを完全消去して読み取りが不可能な状態にしてNSSが責任を持って廃棄します

※ ご返却は、お客様がデータをご確認後、またはキャンセル受付後、1～2週間を要しますのであらかじめご了承ください。

10. パスワードについて（必須）

お送りいただいたHDDやコンピュータにパスワードはかかっていますか？

- ☐ はい☐ いいえ

「はい」の場合パスワードをご記入ください。（ ）

11. その他特記事項

12. 弊社データリカバリーサービスをお知りになったきっかけについて

- ☐ 弊社ホームページ☐ チラシ☐ 弊社営業からの紹介
☐ Yahoo!などの検索エンジン☐ 知人からの紹介
☐ 新聞や雑誌を 名称（ ）
☐ パソコンショップや業者様からの紹介 名称（ ）
☐ その他（ ）

会社名（法人のみ）

部署/役職名（法人のみ）

お名前 フリガナ

診断同意書

【データ復元の診断に関する承認事項】

- 私は、このドライブ/デバイス/メディア等のデータ記憶装置（以下、媒体）及び媒体を含む本体（以下、本体）の法的な所有者であり、その中に含まれるすべてのデータについての合法的な所有権を持ちます。
- 私は、株式会社デセオシステムズ（以下、デセオ）における、この媒体のデータ復元の可否診断とデータ復元料金の見積りに協力します。
- 私は、この媒体または本体がNSSに届くまでの輸送費用及び必要に応じた損害保険を負担します。
- 私は、デセオにおいて本体から媒体を取り出す場合、本体がメーカー保証対象外になることを了承します。
- 私は、デセオにおいて媒体を開封する場合、媒体がメーカー保証対象外になることを了承します。
- 私は、デセオに対し、診断期間中とその前後にわたり、媒体または本体の機能に関してはNSSの責任を問わないことに同意します。また、90日以上放置したものに対しても同様とします。
- 私は、私の明確な承諾がない限り、NSSが初期診断以外の作業を行わないことを了承します。
- 私は、デセオから初期診断で重度の物理障害との報告を受けた際、以下の2点についての説明を受け、それを了承した場合、機器の費用を負担します。
 - 診断の続行及びデータ復元には機器の購入が必要であることとその価格
 - データ復元の成否を問わず機器の購入費用が発生すること
- 私は、データ復元ができないと判断された場合及び、見積り金額に同意できない場合はデータ復元作業を辞退します。また、返送の際の輸送費用及び必要に応じた損害保険を負担します。
- 私は、請求書受領後、請求書記載の代金を銀行振り込みで支払います。なお、デセオとの間で事前に支払方法が決められている場合はそちらを適用します。
- 私は、復元データまたは本体の受け取りが、デセオでの入金確認後になることを了承します。
- 私は、納品された復元済みデータを5日以内に確認し、5日以上経過してからのデータの不具合やクレームの申し立て等をしません。
- デセオは、お客様が同意された見積り金額に基づいて、最良のデータ復元サービスの提供をお約束します。
- デセオは、データ復元に成功した場合に、その対価を請求いたします。その金額は、初期診断後、診断結果とともに提示いたします。
- デセオは、復元データを、事前にご連絡した媒体にて納品いたします。
- デセオは、媒体または本体に蓄積されたデータ及び復元したデータの内容に関し守秘義務を負います。
- 天災事変、火災、盗難、戦争、テロ、暴動、内乱、同盟罷業、争議行動その他不可抗力により、本体または媒体に損害を受けた場合デセオは、その責を負わないものとします。

【個人情報取扱いについて】

収集目的： 本書においてご提供いただいたお客様の個人情報を、以下の目的の範囲内でのみ利用させていただきます。

それ以外の目的では一切利用いたしません。

1. お客様への製品納入及びサービス・サポート実施、2. 新商品、サービス、キャンペーンご案内や各種情報提供のため

提供： 法令の定めがある場合を除き、お客様の承諾無く個人情報を第三者に提供いたしません。

預託： 上記収集目的の範囲内で、個人情報の守秘義務契約を結び、適正管理を実施している業務委託先（配送業者、印刷業者等）に個人情報を預託する場合があります。

任意性： お客様の個人情報の提供は任意です。ただし、ご提供いただけない場合は、全部または一部のサービスをご提供できない場合がありますので、ご了承ください。

個人情報の開示等： お客様が提供された個人情報の開示・訂正・削除、利用または第三者への提供の拒否を希望される場合は、下記窓口までご連絡ください。

当該ご請求がご本人またはご本人の代理人と確認できた後に、すみやかに対応させていただきます。

株式会社デセオシステムズ 営業管理本部 情報セキュリティ担当 03-5835-0275

私は、上記の【データ復元の診断に関する承認事項】、【個人情報取扱いについて】について理解、承認し署名捺印します（太枠内は必須項目）

記入日：西暦 年 月 日

会社名（法人のみ）			
部署/役職名（法人のみ）			
お名前（自筆）フリガナ			
			印
ご住所 フリガナ			
〒			
<input type="checkbox"/> 私は、データの納品や機器の返送の際、輸送中の万一の事態に備え、送料とは別に右記保険金額(品代)に必要な保険料を負担します。【品代 万円】			
<input type="checkbox"/> 私は、株式会社デセオシステムズからのサービス、キャンペーン等の通知を希望しません。【希望しない場合は、左記にチェックを入れてください】			
ご連絡しても差し支えない電話番号(携帯電話など)	時間帯指定	電話番号	FAX
()		()	()
e-mail（受信可能なPC メールアドレスをご記入下さい。携帯電話のメールアドレスではお受けできません。）			
@			