

データ復旧作業申込書

株式会社ワイ・イー・シーの定める「データ復旧作業同意書」に同意の上、データ復旧サービスを申し込みます。

太枠内をご記入ください。

申込日： 年 月 日

御社名：		
ご住所：〒		
電話番号：	FAX 番号(任意)：	
所属部署名：		
ご担当者氏名：	フリガナ：	印又はサイン
Email：		

- ・ご記入いただいた個人情報は、業務上のご連絡目的のために利用いたします。
- ・取得した個人情報を第三者に提供及び委託することはありません。
- ・お客様ご自身に関する情報の開示・訂正・利用停止・削除等の請求があった場合には、これに応じます。「データ復旧作業同意書」内に記載の問い合わせ窓口までご連絡ください。
- ・FAX 番号の記入は任意となっております。FAX 番号以外の情報については必ずご記入ください。ご記入がない場合には、ご連絡できないことがありますので、何卒ご了承ください。

◆ 株式会社ワイ・イー・シー ◆

障害状況調査票

データ復旧作業の実施に際し、障害の発生経緯を詳細にご確認する必要があります。
以下項目についてできる限り詳細にお知らせください。

以下、該当する項目への記入若しくは□へチェック願います。

■障害機器情報の確認

筐体メーカー名		型番		S/N	
筐体種類	<input type="checkbox"/> デスクトップ <input type="checkbox"/> ノート <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> 外付 HDD/SSD <input type="checkbox"/> 他()				
ストレージメーカー名		型番		S/N	
ストレージ種類	<input type="checkbox"/> HDD <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> USB メモリ <input type="checkbox"/> SD/microSD カード <input type="checkbox"/> 他 ()				
使用 OS	<input type="checkbox"/> Windows() <input type="checkbox"/> Mac() <input type="checkbox"/> その他()				
RAID	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 他()			データ圧縮有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ファイルシステム	<input type="checkbox"/> FAT() <input type="checkbox"/> NTFS <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 分からない・不明				
容量	総容量：() <input type="checkbox"/> GB <input type="checkbox"/> MB 実使用容量：() <input type="checkbox"/> GB <input type="checkbox"/> MB				
パスワード設定	<input type="checkbox"/> 設定している <input type="checkbox"/> 設定していない				
	設定している場合の種類とパスワード (以下にパスワードをご記入ください) <input type="checkbox"/> BIOS パスワード： <input type="checkbox"/> HDD パスワード： <input type="checkbox"/> フォルダ・ファイルのパスワード： <input type="checkbox"/> その他：				
暗号化有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		暗号化ソフト名	※有の場合	
ボリューム構成情報	パーティション数 ()				
	パーティション1 () <input type="checkbox"/> GB <input type="checkbox"/> MB OS()		パーティション3 () <input type="checkbox"/> GB <input type="checkbox"/> MB OS()		
	パーティション2 () <input type="checkbox"/> GB <input type="checkbox"/> MB OS()		パーティション4 () <input type="checkbox"/> GB <input type="checkbox"/> MB OS()		



- ・物理障害の場合、HDDを開封する場合があります。開封した場合、HDDメーカーの保証を受けられなくなります。
- ・初期診断時点で開封可能な場合、若しくは開封禁止をご希望される場合、以下該当項目にチェック願います。

初期診断段階の開封を許可する 開封を禁ずる

■HDDの状態の確認 (現在のHDDはどのような状態となっていますか)

1. スピンドルは回る	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	4. 起動しないAPがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2. BIOS上は認識する	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	5. HDDから異音がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3. OSは起動する	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	6. いくつかのデータが消えた	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7. その他	上記以外が発生している場合の状態をご記入ください		

上記後、お客様にて行った作業があればご記入ください。

1. スキャンディスク実行	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2. 復旧ソフト実行	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (ソフトの名称: _____)
3. 他の企業に復旧を依頼	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4. その他	上記以外に実施した作業があればご記入ください

■障害発生状況の確認

<input type="checkbox"/> PCがフリーズし起動不可となった	<input type="checkbox"/> 誤ってデータを消去した	<input type="checkbox"/> 誤って初期化(フォーマット)した
<input type="checkbox"/> ウイルスによる攻撃を受けた	<input type="checkbox"/> 台風、水害による障害を受けた	<input type="checkbox"/> 落下等の外的衝撃を与えた
<input type="checkbox"/> 飲み物をPCにこぼした	<input type="checkbox"/> 起動中にPCの電源を切った	<input type="checkbox"/> 火災による障害を受けた
<input type="checkbox"/> 原因が思い当たらない	<input type="checkbox"/> その他(_____)	
発生時の詳細状況を以下にご記入ください。		

■復旧希望ファイル等の確認

(復旧を希望されるフォルダ名の優先順位をご記入ください)

重要フォルダ	(記入例) [保存場所] デスクトップ、マイドキュメント、マイピクチャ … etc [フォルダ名] DATA、業務管理、営業支援 … etc	
	1. _____	6. _____
	2. _____	7. _____
	3. _____	8. _____
	4. _____	9. _____
	5. _____	10. _____

(上記フォルダ内の復旧を希望されるファイル(拡張子)をご記入ください)

重要ファイル	(拡張子) doc、xls、ppt、jpg、bmp、pdf、vsd、 … etc

■納品希望媒体の確認 (復旧データを格納し納品する際の媒体をご選択ください)

<input type="checkbox"/> HDD <input type="checkbox"/> DVD-R <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> FD <input type="checkbox"/> その他(_____)
※ HDDをご希望されるお客様は、別途、ご相談させていただきます。

- ①本用紙をご記入後、右記へ pdf若しくは FAX で送付願います。
(極力 pdf にて mail 送信願います)
- ②障害発生機器に本用紙を同梱し、下記へ送付願います。

Mail: data-recovery@kk-yec.co.jp
FAX: 042-796-2367

送付先 〒194-0004 東京都町田市南町田 3-44-45
株式会社ワイ・イー・シー ソリューション事業本部 宛 TEL 042-796-8511