

データ復元依頼同意書兼預り証

私(ご依頼者)はデータ復元サービスを依頼するにあたり、以下の項目に同意します。

1. 私は依頼するメディアの所有者又は使用者本人であり、データ復元の可否判断と復元料金を見積りするために必要とする診断作業および物理的開封・分解処置の権限を与えることに同意し、作業実施を許可します。
2. 私は依頼するメディアを預けるにあたり診断期間中(開封・分解処置含む)とその前後にわたりメディアの障害の悪化・停止・変化について私は依頼するメディアを預けるにあたり診断期間中(開封分解処置含む)とその前後にわたりメディアの障害の悪化停止変化については一切の責任を負わないことに同意致します。
3. 地震・噴火・津波・台風・洪水等の天災によりお客様のメディアが損害を被った場合は、その賠償責任を負うものとします。ただし、賠償額の総計はお預かりメディア媒体自体の費用のみ賠償いたします。

令和 年 月 日

フリガナ			
ご依頼者	※本人自筆による記入が同意サインとみなします。		
法人名		部署名	
ご住所	〒 -		
ご連絡先	電話番号	- -	内線()
	携帯番号	- -	FAX - -
	E-mail	@	
〈お預かりメディア〉			
<input type="checkbox"/> ハードディスク (<input type="checkbox"/> PC内蔵 <input type="checkbox"/> 外付け <input type="checkbox"/> タイプ <input type="checkbox"/> LAN接続タイプ <input type="checkbox"/> RAIDサーバー <input type="checkbox"/> HDDレコーダー <input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> デジタルカメラ (<input type="checkbox"/> SDカード <input type="checkbox"/> miniSD <input type="checkbox"/> microSD <input type="checkbox"/> xDピクチャー <input type="checkbox"/> スマートメディア <input type="checkbox"/> コンパクトフラッシュメモリー(SDUO) <input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> USBメモリー (<input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> ICレコーダー <input type="checkbox"/> その他			
メーカー	型番		
製造番号(シリアルNO)			
付属・添付品 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			
備考欄			

〈個人情報のお取り扱いについて〉

お客様からご提供頂いた情報に含まれる個人情報を当社サービス及びそれに付帯するサービスの履行や事務処理、お客様へのご連絡やお問い合わせにお答えするために使用し、他の目的に利用することはありません。当社は、ご本人の承諾なく第三者に対して個人情報を提供することはございません。

ただし、悪質ないたずらや犯罪行為に利用された場合などにおいて警察など行政・司法機関からの協力要請があった場合には事件解決のため個人情報を提供する場合があります。

(社名) _____
(役職) _____
(氏名) _____ 印