

ファーストケア Ver.5 FAXお問合せ票

お問合せ日付： 年 月 日

送付先 株式会社 ビーシステム

〒215-0021 神奈川県川崎市麻生区上麻生 1-5-2 小田急新百合ヶ丘ビル4階

TEL (製品版マニュアルに記載) FAX

044-959-5886

※FAXを送信後、TELにてご連絡ください。なお、FAXの送付先をお間違えのないようお気をつけください。

事業所名称				連絡区分**	要望 ・ 質問 ・ トラブル
サービス計画事業所名				標 題	
住 所					
TEL		FAX		機能名**	利用者情報 ・ アセスメント ・ サービス計画 月間スケジュール ・ 日常業務 ・ スケジュール実績 請求 ・ 登録情報 ・ 維持管理
担当者名			利用者数：	内 容	
OS種別					
CPU種別					
画面解像度			搭載メモリ容量		
ドライブ情報	C: D: F: CD				
パソコン区分					
プリンター名					
外部バックアップの手段**	無し ・ USBメモリ ・ MO ・ CD-R(W) ・ DVD その他 ()				
インストール先					
Ver					

** 該当する項目を○で囲んでください。
※ 太枠線内は必ずご記入願います。