

ファーストケア Ver7 FAXお問い合わせ票

印刷日付：平成 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					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			
TEL			FAX						
担当者名			利用者数 :	内 容					
O S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: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。
 ※ お手数ですが、太枠内はお客様がご記入ください。