

※この用紙を必ず製品に直接貼り付けてください。

日付： 20 年 月 日

株式会社メディコネ 宛

## データ消去証明書発行依頼書

(※必ずご署名、ご捺印下さい)

郵便番号：

住所：

電話番号：

会社名：

氏名：

印

※上記会社名(個人様の場合は不要)が証明書に記載されるお名前となります。

※個人様の場合、会社名のご記入は不要です。

※別途ご要望等ございましたら、下記【備考】にご記入ください。

下記製品の保存データを、株式会社メディコネの定める手順・処理方法にて処分いただくことを依頼いたします。

(※以下、できるだけ詳しくご記入下さい)

製品メーカー名	
機種・型番	
製造番号(シリアル番号)	
備考	
証明書発行 ご希望の証明書番号の □に✓を入れてください。	<input type="checkbox"/> ①データ消去証明書(写真なし) 1,500円(税込)/機器1台あたり
	<input type="checkbox"/> ②データ消去証明書(写真付き) 2,000円(税込)/機器1台あたり

### ■注意事項

1. 当依頼書は対象製品1台につき1枚ずつ作成の上、対象品の目立つところに直接貼り付けて添付してください。

※記入漏れがある場合、個別特定ができないなどの理由で証明書を発行できない場合がございます。

2. 証明書は、「代金引換」にてお送りします。上記金額に代金引換手数料・送料が含まれております。

3. 証明書のお送り先は、ご記載頂きました上記住所へお送りします。

4. 混雑時につきましては、証明書が届くまでに3~4週間ほど、お時間を頂く場合がございます。

5. 当依頼書が同梱されていない場合、証明書の発行はいたしかねます。ただし、着後速やかに消去作業を行います。

株式会社 メディコネ 記入欄

【備考】
------

作業完了日	現場責任者	作業責任者
年		
/		