

9840/9940テープカートリッジ診断依頼書

以下にご記入または、該当する項目に○の上、診断を実施するカートリッジとともに販売店のご担当者にお渡し下さい。

①ご依頼日： 年 月 日

②お客様名：

③依頼巻数： 9840・・・ 巻 9940・・・ 巻

④お客様データ： 有 無（個人情報が記録されたカートリッジはお受けできません）

⑤ご購入時期（目安で結構です。分かればご記入下さい）：

⑥所有カートリッジ巻数： 9840・・・ 巻 9940・・・ 巻

⑦ご使用ドライブ： T9840A T9840B T9840C T9940A T9940B

⑧ご使用ライブラリー名：

⑨VSM(仮想システム)ご使用有無： 有 無

⑩他にご使用のテープドライブの種類：

※お預かり品は、診断後返却させていただきます。

販売店名：

※ 弊社宛に直接お送りいただく場合は、下記宛でお願いします。

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-52-2 青山オーバルビル
イメーション(株)コマーシャル製品マーケティング部宛
TEL:03-5774-3709

宅配便伝票品名欄に「カートリッジ診断依頼品」と記載願います。