

# 障害記入用紙

お問い合わせ日          年    月    日

## ■トラブル内容

どのような手順でどの画面でどのような操作をしたら、どのような現象が起きたか出来るだけ詳細にご記入ください。画面にメッセージが表示されている場合は、メッセージもご記入ください。

## ■確認事項

同じ現象が以前にも起こったことがありますか？

ある          頻度 (                      )          ない

病院名

お名前

TEL

E-mail                      @

※メールアドレスをお持ちの方は、ご記入ください

株式会社ソリユート

TEL:03-5809-7475

下記まで FAX 願います

**FAX 03-5809-7479**