

メディアデータ復元サービスご依頼書

氏名	
住所	〒 -
電話番号	
メールアドレス	@

お支払い方法	銀行振込・代金引換(現金)
配送方法	宅配便
配送指定 <small>(宅配便のみ)</small>	月 日 午前中・12～14時・14～16時・16～18時・18～20時・指定なし

※大事なメディアですので宅配便のみのご利用とさせていただきます。

※クレジットカード決済およびデビット決済は佐川急便eコレクトでのご利用となります。(一部地域でご利用できない場合がございます)

申し込み内容

メディア種類	容量	枚数
SDカード ・ マイクロSD ・ コンパクトフラッシュ ・ USBメモリ ・ メモリスティック	GB	枚

メディア内データ内容(わかる範囲で結構です)

その他連絡事項