電子請求受付システム問い合わせ票

お問い合わせ先　TEL 03－5911－1559　E-Mail mail@e-seikyuu-help.jp　FAX 03－5911－1599

お問い合わせ内容等　(※ご提供頂いた個人情報は、国保中央会電子請求ヘルプデスクでの目的のみに使用し、他の目的には一切使用しません。)

ID種別と番号 (ご使用のIDをご記入願います)	事業所ID		**お問い合わせ日**	平成　年　月　日
	代理人ID			
事業所名等	(フリガナ)			
ご担当者名	(フリガナ) 様　担当部署 (　　)　役職 (　　)			
ご連絡先	TEL. (　　) －　FAX. (　　) －			
	メールアドレス　(携帯メールアドレスはお避け下さい)			
ご使用のOS	☐ Windows® Vista　☐ Windows® XP　☐ Windows® 2000　☐ その他のOS (　　)			
サービス種別	☐ 障害福祉サービス　☐ 障害児施設支援　☐ 地域生活支援事業			
ご使用のシステム	**簡易入力システム** ☐ バージョン2．2 ☐ バージョン2．1 ☐ その他のバージョン (　　)	**取込送信システム** ☐ バージョン2．2 ☐ バージョン2．1 ☐ その他のバージョン (　　)	☐ データ移行	
お問い合わせ件名				
お問い合わせ内容 (どの画面で、どのような障害が発生しているかを詳しくご記入願います。)				

※ 太枠内に内容を記載し、また該当の☐ に レ点を付けてください。
いずれも回答に必要な項目となりますので、ご協力お願い致します。

Ver 2.2