

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)					
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	<input type="checkbox"/> Windows® 7 <input type="checkbox"/> Windows® Vista <input type="checkbox"/> Windows® XP <input type="checkbox"/> その他 ()					
サービス種別	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 障害児施設支援 <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業					
ご使用のシステム	簡易入力システム		取込送信システム		その他	
	<input type="checkbox"/> バージョン2.6 <input type="checkbox"/> バージョン2.5 <input type="checkbox"/> バージョン2.4 <input type="checkbox"/> バージョン2.3 <input type="checkbox"/> バージョン2.2 <input type="checkbox"/> バージョン2.1 <input type="checkbox"/> その他のバージョン ()	<input type="checkbox"/> バージョン2.6 <input type="checkbox"/> バージョン2.4 <input type="checkbox"/> バージョン2.3 <input type="checkbox"/> バージョン2.2 <input type="checkbox"/> バージョン2.1 <input type="checkbox"/> その他のバージョン ()				
お問い合わせ件名						
お問い合わせ内容 (どの画面で、どのような問題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。