

画像伝送にかかる設定作業完了確認書

御社名		連絡先
様		Tel
お客様ID	1 a d 5 3 9 8 0 3 4	
メンバーID		画像伝送の仕様等にかかる連絡をさせていただくことがあります。
パスワード		

作業内容	ディスクマネージャのインストールと送信作業における操作説明		
作業日	平成	年	月 日
作業者			
項目	J A 共済が行う画像伝送の設定		
通信方式	W e b 方式		
作業区分	ディスクマネージャのインストール	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 再設定
備考			

J A 共済が行う画像伝送にかかる設定作業の完了および送信に問題がないことを確認しました。
なお、当該システムは独自の通信プログラムは使用していませんが、当該システムを貴社パソコンにインストールしたことが原因で発生しました障害におきましては、J A 共済連・J A 損調(株)が責任を持って対応させていただきます。

担当者様 確認欄
ご署名 _____ 印

導入済み修理工場の場合は省略可