

パソコンレンタル依頼書

御社名	
ご担当者様名	様
利用会議室	
TEL	() -
FAX	() -
利用日	年 月 日() ~
	年 月 日()
数量	台
office	必要 / 不要
利用用途	

株式会社リファレンス
 魚町センタービル
 FAX:093-512-7212
 TEL:093-512-7211

下記以上のものをお求めの場合はご相談ください。

OS	Windows7
CPU	Core i5
メモリ	4GB
HDD	250GB
ドライブ	DVD-ROM搭載
インターネット	利用可能
無線LAN	搭載
オフィス	Microsoft Word2010 Microsoft excel2010 Microsoft powerpoint2010

◎注意事項

※ご注文は5営業日までをお願いいたします。週末にご利用の場合は金曜日までにご注文願います。

※在庫次第で直近の利用でも対応可能な場合がございますのでご相談ください。

※契約後のキャンセルは原則行っておりません。

ただし、商品発送前の段階の場合、キャンセル可能な場合もございますのでご相談ください。

弊社記入欄

※確認後、ご連絡させていただきます。

担当: _____

PC	
送料	
その他	
消費税	
合計	