

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 () 迄
数量	台
office	必要 / 不要
利用用途	

株式会社リファレンス
西新宿大京ビル
FAX:03-5937-1542
TEL:03-5937-1543

下記以上のものをお求めの場合はご相談ください。

OS	Windows10 Pro 64bit
CPU	Core i5
メモリ	8GB
SSD	128GB
ドライブ	非内蔵
無線LAN	5GHz/2.4GHz帯
アプリ	ZOOMインストール
その他	WEBカメラ・マイク機能 内蔵
オフィス	Microsoft Office 2019 Standard (Word・Excel・Powerpoint)

◎注意事項

※ご注文は5営業日までにお願いいたします。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	PC	
※確認後、ご連絡させていただきます。	送料	
担当：	その他	
_____	消費税	
	合計	