

RemoteView (年間利用料)

インターネットを利用して遠隔地から自分の PC に接続し、あたかもその場にいるような操作感で作業ができる、社内 PC 遠隔操作型のリモートサービスです。

メーカー名	: RSUPPORT
商品概要	: RV6.0-ASP1
販売価格	: 11,800 円 (税別)
仕様	<p>◆価格 (税抜)</p> <p>新規: 11,800 円 (初年度ライセンス)</p> <p>更新: 11,800 円 (更新ライセンス、2 年目以降)</p> <p>◆システム要件</p> <p>対応 OS: Windows 8.1 以上、Windows Server 2012 以上、Mac OS X 10.12 以上</p>

お申し込みは、本申込書及び次ページの RemoteView 利用申込書(新規・追加)に必要事項をご記入の上、FAX (2 枚 1 組) にて弊社受注センターまでお送りください。

以下の内容で RemoteView を注文します。

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

商品名	年間利用料 (税別)	数量	計
RemoteView(新規)	11,800円	() ライセンス	
RemoteView(追加)	11,800円	() ライセンス	
■オプション		単 価 (税別)	数量
導入設定サービス (リモート作業)	4,000円	() ライセンス	

※導入設定サービスのライセンス数は RemoteView お申込みライセンス数と同数となります。

※導入設定サービスはリモート接続で行います。

※訪問作業をご希望の場合、チェックを入れてください。: 訪問作業希望

訪問基本作業料 (2 時間: 10,000 円/税別) 及び弊社担当営業所からの往復交通費を別途申し受けます。

小 計	
消費税	
合計金額	

事務所名:	
担当者名:	印

お申込み FAX 番号 : 06-6261-3177

株式会社オリコンタービレ
 東京都目黒区目黒 1-24-18
 福山ビル 7 階・9 階
 電話 03-5759-6730

RSUPPORT 株式会社 行き

ASP 版 RemoteView 利用申込書(新規・追加)

本利用申込書添付の利用約款※及び個人情報保護方針に承諾し、以下の通り RemoteView の購入を申し込みます。

①ユーザー様情報	
会社名(カナ)/ご所属 () /	ご住所(〒 -)
お名前(カナ)/役職 () /	ご連絡先電話番号/FAX 番号 /
	e-mail アドレス @

②ご購入商品情報	
サービス開始日希望日： 年 月 日から 1 年間	
※サービス開始希望日が本利用申込書受領日から 3 営業日以内の場合は、サービス開始日が希望日以降にシフトする可能性がありますので、ご了承下さい。	
お申込数量 ※1Agent は 1 台の PC へのリモートアクセスとなります。 <input type="checkbox"/> 新規__Agent <input type="checkbox"/> 追加__Agent ↓追加の場合は、ご契約済みの会社 ID 名をお知らせ下さい (会社 ID 名：_____)	
ご希望の会社 ID 第一希望(_____) 第二希望(_____) ご希望の管理者 ID (ユーザーID) 第一希望(_____) 第二希望(_____) ※会社 ID は貴社を識別する符号です。管理者 ID は管理者を識別する符号です。英数字半角でご記入ください。 初期パスワードはご利用開始前にご案内いたします。	

③その他情報	
■お申込企業様情報 アンケートにご協力お願いします。該当箇所にチェックしてください。(複数回答可)	
分野	<input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 建設・土木 <input type="checkbox"/> 卸売・商社 <input type="checkbox"/> 公共・自治体 <input type="checkbox"/> 情報・通信ソフトウェア開発 <input type="checkbox"/> 金融/証券 <input type="checkbox"/> 大学/教育関連 <input type="checkbox"/> 会計/税理士事務所 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 福祉・介護 <input type="checkbox"/> 出版・新聞 <input type="checkbox"/> 人材派遣 <input type="checkbox"/> 製薬 <input type="checkbox"/> 印刷 <input type="checkbox"/> その他(_____)
■主なご利用目的 (□チェックを入れてください) ↓その他の場合、ご利用目的をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 社内利用 <input type="checkbox"/> 社外顧客サポート <input type="checkbox"/> その他(_____)	

申込日 年 月 日

申込者

(貴社のご発注責任者様のご署名・会社印のご押印をお願いします。)

印

■ ■ 送信先FAX番号 : 06-6261-3177 ■ ■

オリコンタービレ受注センター