**SLA申請書は障害が発生した翌月の第10営業日までに提出する必要がありますので、ご注意ください。**

**≪ ユーザ様（ご利用組織様）ご記入欄 ≫**

**☑** **私は、サービス利用約款記載のサービスレベルアグリーメント条項に基づき、SLA申請書を提出いたします。**

|  |  |
| --- | --- |
| 記入年月日　　　　　　 | 年　　　　月　　　　日 |
| 所在地 | 〒（ |  | － |  | ） |
| 社印 |
| 法人名(学校名) |  |
| ご担当者様 | 所属 |  | 氏名 | 役職者印 |
| ご担当者様連絡先 | TEL |  | FAX |  | E-mail |  |
| サービス名 | □**Active*!* gate SS**□**Active*!* vault SS**□**Active*!* drive SS**□**Active*!* world** |
| お客様ID |  |
| リセラー様名 |  | 様 |

※**ご捺印は、社印または管理者の方の役職者印（公印）のどちらか一箇所で結構です。個人印は不可ですのでご注意ください。**

**直販のお客様は、リセラー様名の記入は不要です。**

**≪ 障害情報ご記入欄 ≫**

|  |
| --- |
|  |
| **利用不能期間(1)** |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 時 |  | 分 | から |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 時 |  | 分 | まで |
| **障害内容** |  |

S04

|  |
| --- |
|  |
| **利用不能期間(2)** |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 時 |  | 分 | から |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 時 |  | 分 | まで |
| **障害内容** |  |

|  |
| --- |
|  |
| **利用不能期間(3)** |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 時 |  | 分 | から |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 時 |  | 分 | まで |
| **障害内容** |  |

**※所定欄ご記入後、お手数ですが、下記までご郵送願います。**

　　**〒103-0025 東京都中央区日本橋茅場町3-11-10　PMO日本橋茅場町**

**株式会社クオリティア　営業本部　SLA窓口　宛**

※　株式会社クオリティアは、「本申込書」によって収集した個人情報を、弊社のプライバシーポリシー(http:// www.qualitia.co.jp/privacy.pdf)を遵守したうえで、取り扱いさせていただきます。