

作成日:平成 年 月 日

株式会社〇〇〇〇 御中



〒162-0813
東京都新宿区東五軒町3-8 日本通運4F
アプライドテクノロジー株式会社
営業部 担当:〇〇〇〇
Tel:03-5225-3900 Fax:03-5225-3455

電子記録媒体機能破壊証明書

この度、貴社よりご依頼いただきました電子記録媒体の破壊処理を、下記の内容で行いましたことを証明致します。

記録媒体種類	HDD
物件/モデル	
シリアル番号	
作業年月日	平成 年 月 日
作業場所	

作業者
印

責任者
印

処理前



処理後



特記事項

--