リーダープリンター機種選定シート

国際マイクロ写真工業社　資材販売部宛て（FAX：03-3269-4387）　　年　　月　　日

ご所属・部署			
住所	〒		
担当者名		Email	
TEL/FAX	TEL	FAX	
設置予定場所	階（エレベーター有・無）		

Q1.今回の導入は

・新規
・増設・買替え（既存の機種名　　）
・既存機種の廃棄手配　　依頼したい　　お客様側で対応

Q2.ご用途

ﾌｨﾙﾑの閲覧のみ　ﾌﾟﾘﾝﾄｱｳﾄ　PC にﾃﾞｰﾀとり込み　他

Q3.主なご使用者

限られた職員　館内で共有　一般閲覧者・外部の方

Q4.重視する点

省スペース性　操作の簡単さ　画像精度　取り込み速度
コスト　メンテナンス　他（　　）

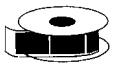
Q5.使用頻度

ほぼ毎日　週に（　）回程度　月に（　）回程度

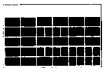
Q6.ご希望の形態

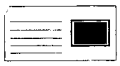
リーダープリンタータイプ（フロアタイプ）　卓上スキャナタイプ

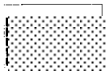
Q7.ご使用のフィルム

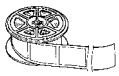

ﾛｰﾙﾌｨﾙﾑ（16・35）

ｶｰﾄﾘｯｼﾞ


ﾌｨｯｼｭﾌｨﾙﾑ


ｱﾊﾟﾁｭｱｶｰﾄﾞ


COM ﾌｨﾙﾑ


ｶﾗｰﾌｨﾙﾑ

Q8. 被写体の種類は

古文書　新聞　書籍　書類　図面

Q9.保守契約は

要（年間保守）　不要（スポット修理）

ご予算の目安	50 万円以下　100 万円以下　200 万円以下　300 万円以下
お見積り	月　日までに　・メール　・FAX　・郵送
購入時期	近日　今年度中　来年度以降
購入方法	リース（　　）年　一括購入（入札・見積合せ・合見積り・随意）
備考	