

公立大学法人新潟県立看護大学
理事長 小泉 美佐子 様

保守支援体制証明書

申請者の住所
商号又は名称
職・氏名・印

電話 ()
FAX ()
担当者名

システムの運用、障害時の支援体制

本 社 名			
支援体制のある本 社又は営業所等 の名称	人員 体制	所属人数 うち 技術者数	人 人
上記所在地	電話 ()		
支援営業所から本 学までの経路及び 所要時間	経路	所要時間	

*経路については、高速道路経由、一般道など概略でよい。