



فرم پشتیبانی خدمات رایانه ای

دانشکده پیراپزشکی

نام کاربر:	واحد محل خدمت:
------------	----------------

ایرادات دستگاه:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> سرعت پایین سیستم | <input type="checkbox"/> قطعی شبکه سیستم |
| <input type="checkbox"/> ایراد در صدای سیستم | <input type="checkbox"/> مشکل سیستم عامل ویندوز |
| <input type="checkbox"/> مشکل چاپگر | <input type="checkbox"/> نصب نرم افزار |
| <input type="checkbox"/> مشکل اسکنر | <input type="checkbox"/> ایراد در صفحه نمایش |
| <input type="checkbox"/> قطعی اینترنت | <input type="checkbox"/> ویروسی بودن سیستم |
| <input type="checkbox"/> Reset و یا خاموش شدن خود به خود دستگاه | <input type="checkbox"/> نرم افزارهای کاربردی شبکه (چارگون و MIS و) |

سایر:

امضاء سرپرست واحد خدمات رایانه ای

امضاء کاربر

خدمات ارائه شده توسط واحد رایانه:

تاریخ:	مدت زمان صرف شده:	نام کارشناس:
--------	-------------------	--------------

بصورت مجازی

سیستم جهت تعمیر به مرکز رایانه منتقل گردید

خدمات در محل انجام گردید

شرح خدمات ارائه شده:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> نصب چاپگر و رفع ایرادات آن | <input type="checkbox"/> رفع مشکل شبکه |
| <input type="checkbox"/> نصب اسکنر و رفع ایرادات آن | <input type="checkbox"/> رفع مشکل اینترنت |
| <input type="checkbox"/> نصب نرم افزار | <input type="checkbox"/> نرم افزارهای کاربردی شبکه (چارگون و MIS و) |
| <input type="checkbox"/> نصب سیستم عامل | <input type="checkbox"/> رفع مشکل در صفحه نمایش |

سایر:

نام قطعات مورد استفاده:

بدین وسیله گواهی میشود خدمات مورد درخواست انجام و دستگاه سالم تحویل داده شد.

نام و نام خانوادگی و امضاء تحویل گیرنده

نام و نام خانوادگی و امضاء کارشناس

تاریخ تحویل:

یا سرپرست مرکز خدمات رایانه ای