

DATE: WS #:

CUSTOMER:	<input type="text"/>	PH#1:	<input type="text"/>
Address:	<input type="text"/>	PH#2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>	PC:	<input type="text"/>
		FAX#:	<input type="text"/>

ISP INFO:

ISP: ISP PIN: ISP Phone #:

User ID:

Password: DNS1: DNS2:

ROUTER:	MANUF:	<input type="text"/>	Model:	<input type="text"/>	S/N	<input type="text"/>
	IP:	<input type="text"/>	Subnet:	<input type="text"/>	DHCP:	ON / OFF
	Admin ID:	<input type="text"/>	Pass:	<input type="text"/>	Gateway:	<input type="text"/>
	Name:	<input type="text"/>	MTU:	<input type="text"/>		

WIFI:	SSID:	<input type="text"/>			
	WEP:	ON / OFF	MAC:	ON / OFF	Channel:
	Strength:	64 / 128			
	PASS:	<input type="text"/>			

Workgroup:	Name:	IP:	DHCP?	Shared Drive (s)	Shared Printer (s)
Computer 1:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Computer 2:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Computer 3:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Computer 4:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Computer 5:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Computer 6:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Computer 7:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Computer 8:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Computer 9:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Computer 10:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Printer 1:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Printer 2:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Printer 3:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Other 1:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Other 2:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Other 3:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Other 4:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Other 5:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TECHNICIAN:

COMMENTS:

ALL COMPLETE? YES / NO

Initials: