

2025年度 端末入替アンケート 入力項目

入力内容	入力項目	必須／任意	入力方法	選択入力の場合の選択肢	備考
加盟店のメールアドレス・ご担当者	メールアドレス	必須	文字入力		
	ご担当者名	必須	文字入力		
	ご担当者連絡先TEL	必須	文字入力		
入替希望の有無	入替希望	必須	選択入力	希望する,希望しない	
	希望しない理由	必須※	選択入力	KICSを退会する,カード利用がない,他社に乗り換える,その他	※入替希望が「希望しない」の場合のみ入力
入替時期のご都合	入替を望まれない時期	任意	文字入力		
	入替を望まれない時間帯	任意	選択入力	9時～12時,12時～15時,15時～18時	
	入替を望まれない曜日	任意	選択入力	月,火,水,木,金	
	その他入替タイミングについての希望	任意	文字入力		
ご希望の端末	ご利用シーン	必須	選択入力	レジで固定利用,客席まで持っていく利用,その他	
	ご利用シーンその他	任意※	文字入力		※ご利用シーンが「その他」の場合のみ入力
	POSレジとの連動有無	必須	選択入力	無,POSレジ連動希望,POSレジ導入予定	
	導入予定のPOSレジメーカー・機種	任意	文字入力		※POSレジとの連動有無が「POSレジ導入予定」の場合のみ入力
	希望端末	必須	選択入力	OMRON eZCATS-100C,eZCATS-100M,Panasonic JT-VT10/VC10,東芝テック CT-6100,希望機種について個別相談したい※	※ご利用シーンが「客席まで持っていく利用」の場合は「OMRON eZCATS-100C」「OMRON eZCATS-100M」のみ選択可 POSレジとの連動有無が「POSレジ連動希望」,「POSレジ導入予定」の場合は,「OMRON eZCATS-100M」は選択不可,「希望機種について個別相談したい」を選択可能
POSレジ連動時の事前ご確認内容 ※POSレジ連動希望の場合のみ入力  【端末設定】の入力内容は事前にPOSレジメーカーにご確認ください。	[POSレジ]メーカー	必須	文字入力		
	[POSレジ]機種名	必須	文字入力		
	[POSレジ]ソフトウェアバージョン	任意	文字入力		
	[POSレジ]担当会社名	必須	文字入力		
	[POSレジ会社]郵便番号	任意	文字入力		
	[POSレジ会社]住所	任意	文字入力		
	[POSレジ会社]連絡先担当者	必須	文字入力		
	[POSレジ会社]連絡先TEL	必須	文字入力		
	【端末設定】POS連動タイプ	必須	選択入力	1. Aタイプ,2. Bタイプ	
	【端末設定】通信速度	必須	選択入力	(省略)	
	【端末設定】POS非連動警告の有無	任意	選択入力	(省略)	
	【端末設定】カード情報マスクの有無	任意	選択入力	(省略)	
	【端末設定】POS連動単独運用の許可または禁止	任意	選択入力	(省略)	
	【端末設定】接続レスポンスの有無	任意※	選択入力	(省略)	※POS連動タイプが「1. Aタイプ」の場合のみ入力
	【端末設定】メッセージ長可変設定の有無	任意※	選択入力	(省略)	※POS連動タイプが「1. Aタイプ」の場合のみ入力
	【端末設定】POS支払明細送信の有無	任意※	選択入力	(省略)	※POS連動タイプが「1. Aタイプ」の場合のみ入力
	【端末設定】金額変更の有無	任意※	選択入力	(省略)	※POS連動タイプが「2. Bタイプ」の場合のみ入力
	【端末設定】POS連動タイプ	任意※	選択入力	(省略)	※POS連動タイプが「2. Bタイプ」の場合のみ入力
	【端末設定】POSデータ収集機能の有無	任意※	選択入力	(省略)	※POS連動タイプが「2. Bタイプ」の場合のみ入力
	【端末設定】確認画面スキップの有無	任意	選択入力	(省略)	
	【端末設定】マルチ選択の許可または禁止	任意	選択入力	(省略)	
	【端末設定】残高不足継続有無	任意	選択入力	(省略)	
入替後の端末用のCATS環境 ※希望端末がOMRON eZCATS-100M以外の場合のみ入力	入替後のDHCP環境	必須	選択入力	あり,なし	
	入替端末用のIPアドレス	必須※	文字入力		※入替後のDHCP環境が「なし」の場合のみ入力
	入替端末用のサブネットマスク	必須※	文字入力		※入替後のDHCP環境が「なし」の場合のみ入力
	入替端末用のデフォルトゲートウェイ	必須※	文字入力		※入替後のDHCP環境が「なし」の場合のみ入力
	インターネット回線状況	必須	選択入力	現状の回線を利用,変更予定あり	
	変更予定のインターネット回線名およびプロバイダ	任意※	文字入力		※インターネット回線状況が「変更予定あり」の場合のみ入力
	UTMの有無(セキュリティ対策機器)	必須	選択入力	なし,あり	
	UTMのメーカー名および製品名	任意※	文字入力		※UTMの有無が「あり」の場合のみ入力
その他	その他のお問い合わせ	任意	文字入力		