



お客様情報記入欄

FAX 送信日

年

月

日

施設名／会社名	フリガナ	Tel :
		Fax :
ご担当者名	フリガナ	E-mail :
		Fax 送信枚数：本紙含み 枚

お問い合わせ内容記入欄

件名	<input type="checkbox"/> 製品についてのお問い合わせ <input type="checkbox"/> 見積もりについて <input type="checkbox"/> ご確認ください <input type="checkbox"/> ご返信ください <input type="checkbox"/> 既存設備のリプレイス・リニューアルについて <input type="checkbox"/> 新規導入のご相談について <input type="checkbox"/> その他
内容	

特記事項	水平／傾斜：	ドーム径：
	機種：	

