

FAXお見積依頼書

年 月 日

除菌生活 Willx ウイルックス

以下の枠内に必要事項をご記入の上、FAXで送信して下さい。

会社名/お客様名		部署	ご担当者名
お客様郵便番号	お客様住所		
携帯番号	メールアドレス		
電話番号	FAX番号	業種	

●用途

住宅 オフィス 店舗 マンション ホテル 病院 老人ホーム その他

●納期予定

年	月頃	<input type="checkbox"/> 新築	<input type="checkbox"/> リフォーム
---	----	-----------------------------	--------------------------------

ご希望の製品情報をご記入下さい。

●カラー品番

<input type="checkbox"/> ピュアーホワイト (WPW)	<input type="checkbox"/> フレッシュブラウン (WFB)	<input type="checkbox"/> シティダーク (WCD)
総台数	総台数	総台数

●商品内容

<input type="checkbox"/> 本体商品のみ	<input type="checkbox"/> 片側サイドパネル	<input type="checkbox"/> 両側サイドパネル
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

●取付施工

●設備工事 (水道工事・電気工事)

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 必要
---	---

●納入住所 (運賃の積算のため)

--	--	--

●ご連絡方法

お電話 メール FAX

●お伝えされたい事

--

お見積りのお時間 お問合せを頂きましてから3日～4日間ご猶予をお願い致します。お急ぎの場合はお申し付け下さい。

フリーダイヤル 0120-976-233 FAXフリーダイヤル 0120-960-156