

# ご注文シート

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、メール又は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

<input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> オフィス <input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> ホテル <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人ホーム <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 必要	●設備工事 (水道工事・電気工事) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 必要
---	--

### ●納入住所 〒

戸建ての場合には邸名を、マンション、ビルの場合にはマンション名、ビル名、室番号をご記入ください

備考
----

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