

FAX お問い合わせ用紙

申込日 年 月 日

サトウ塗装 株式会社 行

フリガナ			
お名前	様		
ご住所	〒 ー		
TEL		FAX	
MAIL			

建物の種類	<input type="checkbox"/> 戸建住宅 <input type="checkbox"/> アパート・マンション <input type="checkbox"/> 店舗・商業施設 <input type="checkbox"/> 公共施設・その他
当社に希望されること	<input type="checkbox"/> 塗装のことについて相談したい <input type="checkbox"/> 具体的な提案や見積がほしい <input type="checkbox"/> 劣化診断をお願いしたい <input type="checkbox"/> その他
当社に希望されることでその他とお答えになった方具体的に	
塗装ご検討箇所	<input type="checkbox"/> 外壁 <input type="checkbox"/> 内装 <input type="checkbox"/> 屋根 <input type="checkbox"/> 付帯部分 <input type="checkbox"/> その他
塗装ご検討箇所でその他とお答えになった方具体的に	
お問合せ・ご相談内容	
折り返しの希望	<input type="checkbox"/> お電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX
お電話でご連絡させて頂く場合のご希望	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日・祝日
お電話でご連絡させて頂く場合のご希望時間	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12~14時 <input type="checkbox"/> 14~16時 <input type="checkbox"/> 16時~18時 <input type="checkbox"/> 18~20時



FAX番号

055-977-9504

※お間違いのないよう送信ください