

# 新規お問合せシート

※受付日時:

※担当者:

赤字と★は必須 ※は弊社記入

1 問合せ内容 ●お困りごと(積荷の崩れ、フォークリフトの走行困難、機械振動、害虫発生)●床の症状(沈下、空洞、段差など)・床以外の症状(建物傾きなど)									
2 物件種類・場所 (工場・倉庫、スーパーなど。都道府県市町村)									
3 修正範囲及び建物の築年数 (およその広さ(m <sup>2</sup> )とおよその年数)									
4 今までで何らかの修正をしたことがありますか 施工内容 : 施工業者名 :									
5 当社以外にも相談していますか									
6 いつ頃までに解消したいと考えていますか 目標時期: 理由:									
★会社名(漢字)									
★会社名(フリガナ)									
所属部署名									
★担当者名		漢字		フリガナ					
★電話番号		固定	(内線)	携帯					
★会社所在地		〒	-	県	市町村				
★折返し連絡日時		1.	月	日	時頃	2.	月	日	時頃
※打合せ日時		1.	月	日	時頃	2.	月	日	時頃

● 折返し連絡日時にご都合の良い日時をご記入ください。弊社の担当より電話連絡させていただきます。

送信先 : Fax 0267-62-8687

連絡先 : Tel 0267-62-1887