

新設 エクステント 見積依頼書

ー 小型伸縮式キャスターテント・ブースー

FAX 042-438-3708

お申込み日 年 月 日

フリガナ		TEL	
お名前		FAX	
会社名	個人の方は不要です	E-mail	
ご住所	〒		

お見積もりに関する内容です。ご記入、またはチェック をつけてください。(不明・未定の場合は空欄)

使用予定のご住所	〒	上記に記載の住所と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/>
		自社使用の場合はチェック <input type="checkbox"/>

倉庫サイズ	
1. W (間口)	
<input type="checkbox"/> 3.5m <input type="checkbox"/> 4.5m <input type="checkbox"/> 5.5m	
2. L (奥行)	
<input type="checkbox"/> 3m <input type="checkbox"/> 4m <input type="checkbox"/> 5m <input type="checkbox"/> 6m	
3. H (軒の高さ)	
<input type="checkbox"/> 2.3m <input type="checkbox"/> 2.8m	

4. 本体シート色	フラットキャンバス (色:)
5. 間口カーテン①	<input type="checkbox"/> フラットキャンバス (色:) <input type="checkbox"/> 透明糸入りシート <input type="checkbox"/> 不要
6. 間口カーテン②	<input type="checkbox"/> フラットキャンバス (色:) <input type="checkbox"/> 透明糸入りシート <input type="checkbox"/> 不要

ご質問・ご要望など	引き渡し希望日: 年 月 日
-----------	----------------