

お見積依頼年月日： 年 月 日 (本紙含め 枚)

FAX 0800-333-0960



お見積りをご依頼するにあたって

- ・ 頂きました個人情報につきましてお客様の承諾なしに第三者へ提供することはありません。
- ・ ご用命を承る見積りの対象物は計画らを含め実態を伴っているものをご用命ください。
- ・ ご不明な点などございましたらお気軽にお問合せください (TEL:0800-222-0960)
- ・ 当社ご利用規約に了承したうえでお申込みをお願いいたします。

エアコンコム (機器のみ) お見積りご依頼書

エアコンコムのご利用	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 以前問合せたことがある <input type="checkbox"/> 以前購入したことがある		
会社名			
氏名		Eメール	
ご住所	〒		
電話番号		FAX番号	
お届け先ご住所	〒		
お荷受人			
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 後払い		
お支払予定日	第一予定日： 月 日	第二予定日： 月 日	
納品希望日	第一予定日： 月 日	第二予定日： 月 日	

ご希望のエアコン	<input type="checkbox"/> 天井埋込(4方向・2方向・1方向) <input type="checkbox"/> 天井吊型 <input type="checkbox"/> 床置型 <input type="checkbox"/> 壁掛型 <input type="checkbox"/> 厨房用 <input type="checkbox"/> 未定		
タイプ	<input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ツイン <input type="checkbox"/> トリプル <input type="checkbox"/> ダブルツイン	台数	台
ご希望のメーカー		馬力	
重視する項目	<input type="checkbox"/> 価格重視 <input type="checkbox"/> 省エネ重視 <input type="checkbox"/> 納期重視 <input type="checkbox"/> その他()		
ご希望の型式があればご記入ください			

その他何かあればご記入ください

こちらの用紙をお送りいただけましたら、2営業日以内にご連絡させていただきます。