

FAX見積り依頼書

FAX：050-3156-0627

車椅子販売センター 見積もり担当者宛

※こちらの用紙をプリントアウトしてご記入の上、FAXにて送信してください。

FAX見積り依頼書	
※は必須項目になります。	
依頼日	年 月 日
※お名前	(ふりがな) _____ _____
※法人名	法人名： _____ 部署名： _____
※ご住所	〒 _____ (マンション・ビル等の場合は、階数・部屋番号までご記入ください) _____
※ご連絡先	電話番号： _____ FAX番号： _____
お届け先名 <small>(※上記と異なる場合のみご記入下さい。)</small>	お名前： _____ 法人名： _____
お届け先住所 <small>(※上記と異なる場合のみご記入下さい。)</small>	〒 _____ (マンション・ビル等の場合は、階数・部屋番号までご記入ください) _____

見積り依頼商品

商品コード	商品名	数量	備考
KH-MIK-B-BAL-0	自走用車椅子BAL-0	2	(記入例です。)

※見積もりご希望の商品が5つ以上ある場合は、お電話にてお問い合わせください。

※見積もり返送方法	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> メール (下記にアドレスの記入をお願いします) Emailアドレス： _____ @ _____
見積り返送期限	希望がある場合のみご記入下さい。特に記載が無い場合最短(当日～翌営業日)にお出しします。 年 月 日 ※日付指定は、依頼日の翌々営業日以降のみとなります
自由記入欄：	

車椅子販売センター

運営：株式会社ヤマシタ 住所：〒108-0073東京都三田1-4-28三田国際ビル22階

TEL 0120-915-801

営業時間：月～金10時～17時 (土日祝日休業)