

FAX お見積フォーム

年 月 日

FAX 番号 : 052-445-2404 西尾レントオール(株) RA 名古屋営業所
FAX 受付時間: 平日 午前 9 時~午後 5 時まで

迅速かつ的確なお見積り及びご提案をさせていただくためにも、「詳細」を出来るだけご記入くださいますよう宜しくお願いいたします。
※在庫確認もしくは手配可能かどうか等を調べ、すみやかに回答・お見積り申し上げます。しばらくお時間をください。

【お客様情報】

※は必須項目です

ご氏名※	
ふりがな	
会社名 (法人様の場合)※	
郵便番号※	
住所※	
電話番号※	
FAX 番号※	
E-mail	

【利用予定場所情報】

利用予定場所	
住所	
電話番号	

【レンタル期間・商品情報】

レンタル商品	<レンタル希望商品>
レンタル期間	開始日: 年 月 日 ~ 終了日: 年 月 日 < 日間>
レンタルオプション	<希望されるレンタル形態を選んでください> <input type="checkbox"/> 店頭引渡し希望 (配送を希望せず、店頭に取りに来る) * 営業ネットワークにて引渡し場所の詳細が確認できます。 ↓ 以下のご要望につきましては、恐れ入りますが配送料のお見積りが別途必要となりますので、「利用予定場所情報」を必ずご入力ください。 <input type="checkbox"/> レンタル品の配送及び回収希望 <input type="checkbox"/> イベント設営 / 撤去まで含むサービスを希望
詳細 (レンタル品・イベント内容等)	<出来るだけ詳細などをご記入ください>

【ご返信方法】

ご返答方法※	<弊社からのご返答方法をお選びください> <input type="checkbox"/> メールで見積りが欲しい <input type="checkbox"/> FAX で見積りが欲しい <input type="checkbox"/> 至急電話連絡して欲しい (この方法は営業日の営業時間内に限ります) <input type="checkbox"/> 電話で連絡が欲しい <input type="checkbox"/> 打ち合わせに来て欲しい
--------	---