

お問い合わせFAX用紙

以下の枠内に必要事項をご記入の上、FAX送信してください。
早急に担当者よりご連絡させていただきます。

会社名 / お客様名 your name <必須>	ご担当者名 person in charge <必須>	役職 position
用途 use <必須>	<input type="checkbox"/> 賃貸マンション <input type="checkbox"/> 病院個室 <input type="checkbox"/> 別荘 <input type="checkbox"/> ホテル <input type="checkbox"/> セカンドキッチン <input type="checkbox"/> オフィス <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) _____	
郵便番号 postcode <必須>	お客様住所 address <必須>	都道府県 市区町村
お客様電話番号 telephone number <必須>	お客様FAX番号 fax number <必須>	
お客様メールアドレス mail address		

お問い合わせ内容 できるだけ具体的にお書きください。

ご連絡方法	お問い合わせの回答等は、FAX・メール・お電話のいずれかの方法で行います。ご希望の連絡方法をお選びください。 <input type="checkbox"/> お電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX
ご連絡までのお時間	お問い合わせの回答までのお時間は、FAXを頂戴いたしましてから1~3日間、ご猶予をお願い申し上げます。早急の返信に努めますが、混雑している場合もございますので、予めご了承くださいませ。

(株)リビングボックス

ご確認のため電話・FAX・メール等でご連絡させていただきます。

FAXフリーダイヤル **0120-960-156** < 24時間受付 >