FAX:058-265-0485

健康イベントサポートします 行

本件に関するお問い合わせ先
中部化成薬品株式会社
TEL：058-264-3292

健康機器イベント 見積依頼書

1.お客様情報

年　月　日

お得意様名			
部 署 名			
ご担当者名			
ご担当者名（フリガナ）			
ご 住 所	〒		
E-mail			
電　話		FAX	

2.お見積り依頼内容

お問合せ内容	□ レンタル	□ 販売	□ 相談
希 望 機 器	1.機種名　：	台	□ スタッフ付き
	2.機種名　：	台	□ スタッフ付き
	3.機種名　：	台	□ スタッフ付き
	4.機種名　：	台	□ スタッフ付き
	5.機種名　：	台	□ スタッフ付き
期　間	年　月　日 ～	年　月　日	
開催予定場所	会場名		
	〒		
	TEL（　　）　－	FAX（　　）　－	

3.お見積り提出期限及びご希望提出方法

提 出 期 限	年　月　日	AM PM　時	・至急
提 出 方 法	郵送 ・ FAX ・ E-mail	・ 持参 ・ その他（　　）	
ご対応可能時間	年　月　日	AM PM　時～	AM PM　時

4.備 考