

FAX送信



下記にご記入の上、こちらよりご送付ください。



有限会社ノーマネット

FAX:048-793-6628

現地調査依頼申込書

(出張見積依頼申込書)

日付	年	月	日
枚目/			枚中

■お客様情報について

病院・施設名(会社名)	ご担当者名 (ふりがな)		
所属部署名 ()			
住所 (〒 -)	TEL	-	-
都・道 府・県	FAX	-	-
市区	E-mail		@

■訪問先(現地調査)について

訪問先住所 (お客様住所と異なる場合)	(〒 -)		
訪問希望日時	希望日程	年	月 日
	希望時間	午前・午後	時 分頃
訪問先	<input type="checkbox"/> ・病院 <input type="checkbox"/> ・クリニック・診療所 <input type="checkbox"/> ・歯科医院		
	<input type="checkbox"/> ・動物病院 <input type="checkbox"/> ・会社 <input type="checkbox"/> ・その他		
希望サービス	<input type="checkbox"/> ・買取のみ <input type="checkbox"/> ・処分のみ <input type="checkbox"/> 買取と処分		
買取を希望する商品	<input type="checkbox"/> ・医療機器 <input type="checkbox"/> ・厨房機器 <input type="checkbox"/> ・空調機器 <input type="checkbox"/> ・OA機器		
	<input type="checkbox"/> ・オフィス家具 <input type="checkbox"/> ・その他の物 ()		
処分したい物	<input type="checkbox"/> ・医療機器 <input type="checkbox"/> ・医療廃棄物 <input type="checkbox"/> ・粗大ごみ(産業廃棄物)		
	<input type="checkbox"/> ・機密書類 <input type="checkbox"/> ・その他の廃棄物 ()		
駐車場の有無	1・有 2・無	最寄り駅	線 駅 (徒歩 分)
	3・有料駐車場		

訪問先・希望サービス・買取を希望する商品・処分したい物の欄は□にチェックを記入して下さい。駐車場の有無には数字に○を付けて下さい。

訪問希望日時のご希望に添えない場合がございますので予めご了承下さい。