

ご予約依頼FAX書

お施主様名	
様	
工事業者様名	
様	
ご担当者様名	
様	
ご連絡先 (ご依頼確認後ご連絡させていただきます。ご連絡先はかならずご記入ください。)	
— —	
ご来場希望日	ご希望時間
月 日	時
ご案内希望商品(下記に○をつけてください)	
<input type="checkbox"/> システムキッチン <input type="checkbox"/> システムバス <input type="checkbox"/> 洗面化粧台	
プラン内容	
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> プランあり	
(お問い合わせ番号:)	



上記をご記入の上、FAXでお送りください。

クリナップ高松ショールーム

FAX: 087-868-5207

※ご来場頂けなくなりました場合やお時間に遅れる場合はご連絡
くださいませ。
※ご連絡なしにお時間が変更になりました場合、館内の混雑状況
によりお待ち頂くこともございます。
ご了承下さいますようお願い致します。

お電話でのご予約も承っております。

ご紹介業者様

--