

抗菌パーテーション(ProjectionSolutions)見積依頼書

● お客様プロフィール

1. ご利用者

- 個人様 業者様

会社(お仕事で取り扱いの場合)

(ふりがな)
貴社名: _____ 様

(ふりがな)
ご担当者名: _____ 様

ご住所 〒 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

E-mail _____

今後のご連絡方法 電話 FAX メール

現場名 _____

現場住所
(ご住所と同じ場合は、「同じ」とお書きください。)

2. 建築物

- 新築 リフォーム 戸建住宅
 店舗 オフィス マンション _____ 階

3. 床の状態

- カーペット ウッドフローリング
 その他 _____

4. 設置スペース

- レセプション ワークスペース カフェテリア
 その他 _____

5. 大体のご予算 約 _____ 万円位

6. ご希望納期

20 _____ 年 _____ 月

- 上旬 中旬 下旬

● ご希望の仕様内容

A. 面材の種類

- 透明 その他
その他の場合 _____

B. フレームの色

- ホワイト色 シルバー色
 ブラック色 その他
カラー(色) _____
仕上げ:(ヘアライン 鏡面)

C. 脚(キャスター)

- 要 不要

D. 商品番号:

掲載写真にご希望のタイプがありましたらお書き下さい

_____ (例: OW-1)

種類は、以下の商品ページ もご参照ください。

オフィス用: <https://bit.ly/320miJh>

サービス業用: <https://bit.ly/3lVIZpZ>

公共施設: <https://bit.ly/3jPCseD>

緊急医療用: <https://bit.ly/3haaYyu>

● その他

- 打ち合わせの為に電話が欲しい。

メモ欄(※ご希望のデザインがございましたら
メモやスケッチ等でお知らせください。)

ご依頼日

20 _____ 年 _____ 月 _____ 日