

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

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

病院名(会社名)	お名前
	(ふりがな)
ご住所	TEL
〒	FAX
	メールアドレス
希望連絡方法	お電話で連絡の場合ご希望の時間帯
<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール	いつでも ・ 曜日 ・ 時くらい

見積依頼について

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	分ごろ
訪問先種類	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> クリニック・診療所	<input type="checkbox"/> 歯科医院	
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"/> その他の機器		
処分したい物	<input type="checkbox"/> 医療機器	<input type="checkbox"/> 医療廃棄物	<input type="checkbox"/> 機密書類	
	<input type="checkbox"/> 粗大ごみ(産業廃棄物)	<input type="checkbox"/> その他の廃棄物		
駐車場の有無	1.有 2.無	最寄駅	線 駅(徒歩 分)	

※この用紙をコピーしてお使い下さい。