

FAX専用送信フォーム

申込日 平成 年 月 日

このままFAXで送ってください。

貴社名（個人名）	
ご担当様	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
Eメール	
創業予定	年 月 日
<input type="checkbox"/> 行きたい（ 月 日 時頃）	
<input type="checkbox"/> 来てほしい（ 月 日 時頃）	
依頼することは決めている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
備考欄	

お申込み受付後、詳細につきましてこちらからご連絡いたします。
FAX番号：011-615-6074