



FAXお問い合わせ依頼書(ビルトインコンロ)

※ お名前	
※ ご住所	〒 _____
※ 電話番号	(_____)

※ は必須項目(ご希望の連絡方法がメールの場合も電話番号を必ずご記入ください)

現在ご使用のコンロについてお答えください(該当の□にチェック✓をお願いします)	
ガスの種類	<input type="checkbox"/> プロパンガス <small>※プロパンガス用のみの取り扱いになりますので ご自宅のガスの種類をご確認ください。</small>
建物形態	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅
メーカー	<input type="checkbox"/> リンナイ <input type="checkbox"/> ハーマン(ノーリツ) <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 不明
型式	【 _____ 】 <input type="checkbox"/> 不明
キッチンの形態	<input type="checkbox"/> システムキッチン <input type="checkbox"/> 流し台式(キャビネット・ガステーブル) <input type="checkbox"/> 不明
コンロの下	<input type="checkbox"/> 収納庫(引き出し・観音扉) <input type="checkbox"/> オープン <input type="checkbox"/> 不明
天板サイズ	<input type="checkbox"/> 60cm <input type="checkbox"/> 75cm <input type="checkbox"/> 不明

ご希望の連絡方法(該当の□にチェック✓をお願いします)

<input type="checkbox"/> 電話 ご都合のよい お時間帯	(_____) <input type="checkbox"/> 午前(9~12時) <input type="checkbox"/> 午後(13~17時) <input type="checkbox"/> 夜間(17~19時)
<input type="checkbox"/> メール	@ _____
<input type="checkbox"/> FAX	(_____)

その他、ご要望などがございましたら、ご記入ください。

FAX送信先: 042(578)1901

祝祭日にFAXをいただいた場合はご連絡が遅くなる場合がございます。