

お見積依頼年月日： 年 月 日 (本紙含め 枚)

FAX 03-3801-2700



### エアコン丸お見積りご依頼書

エアコン丸のご利用	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 以前問合せたことがある <input type="checkbox"/> 以前購入したことがある		
会社名			
ご担当者名			
ご住所	〒		
電話番号		FAX 番号	
設置場所住所	〒		
現地調査希望日	第一希望日： 月 日 時	第二希望日： 月 日 時	

工事種類	<input type="checkbox"/> 新設工事 <input type="checkbox"/> 入替工事 <input type="checkbox"/> 増設工事		
既存エアコン	<input type="checkbox"/> 撤去・処分する <input type="checkbox"/> 残して使用する <input type="checkbox"/> なし		
ご希望エアコン	<input type="checkbox"/> 天井埋込 (4方向・2方向・1方向) <input type="checkbox"/> 天井吊型 <input type="checkbox"/> 床置型 <input type="checkbox"/> 壁掛型 <input type="checkbox"/> 厨房用 <input type="checkbox"/> 未定		
ご希望の馬力	馬力	室外機の置き場所	(例) 屋上
台数	台	設置場所に階数	
ご希望のメーカー	あればご記入ください		
タイプ	<input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ツイン <input type="checkbox"/> トリプル <input type="checkbox"/> ダブルツイン <input type="checkbox"/> 未定		
重視する項目	<input type="checkbox"/> 価格重視 <input type="checkbox"/> 省エネ重視 <input type="checkbox"/> 納期重視 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
ご希望の形式	あればご記入ください		
図面の有・無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    ※図面がある場合は一緒にお送りください		

その他何かあればご記入ください

こちらの用紙をお送りいただけましたら、2 営業日以内にご連絡させていただきます