

# 検査見積依頼書

貴社名	
ご担当者名	フリガナ
郵便番号	
住所	
電話番号	
FAXNO	
メールアドレス	
日本フルハップの会員ですか？	・はい                      ・いいえ

No	メーカー名	機械名	圧力能力	台数	検査実施希望日
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

その他通信
-------

この用紙を印刷して必要事項をご記入の上、FAXやメールでお送りください。お見積りをさせていただきます

**FAX                      072-820-2268**