

滑り止め施工 お見積り依頼シート

お客様には診断・見積りに対して一切の費用が発生いたしません。

また工事を依頼する義務や弊社からの強要も一切ないことをお約束いたします。 代表取締役 大山哲央

日付 平成 年 月 日

ふりがな			
ご依頼主様		ご自宅 TEL	連絡可能時間帯：
		携帯	連絡可能時間帯：
ご住所	〒 -		
現場名			
現場住所	〒 -		
メールアドレス			
建物について	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> その他：		
施工箇所	<input type="checkbox"/> 外構周り <input type="checkbox"/> フローリング <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 浴槽内 <input type="checkbox"/> 脱衣所 <input type="checkbox"/> 厨房 <input type="checkbox"/> その他：		
施工素材	<input type="checkbox"/> 御影石 <input type="checkbox"/> 大理石 <input type="checkbox"/> タイル <input type="checkbox"/> コンクリート <input type="checkbox"/> モルタル <input type="checkbox"/> フローリング <input type="checkbox"/> ステンレス <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 塗床 <input type="checkbox"/> 長尺シート <input type="checkbox"/> その他：		
施工面積	約 _____ 平米		
①過去に滑り止め施工のご経験はありますか <input type="checkbox"/> 有 年前 <input type="checkbox"/> 無			
②今回どうやって弊社をお知りになりましたか？			
<input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> ホームページで検索 <input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> 近所で工事をしていたのを見て <input type="checkbox"/> その他			

現場調査	月	日	時～
ご希望日	月	日	時～



株式会社彩Finish

代表取締役 大山哲央

尚。記載内容につきましては個人情報保護法に則り弊社にて厳重に保管いたします。

FAX番号： 06-6716-7770