

ガラスパーティション(Clarosafe)見積依頼書1/2

● お客様プロフィール

1. ご利用者

個人様 業者様

会社(お仕事で取り扱いの場合)

(ふりがな)
貴社名: _____ 様

(ふりがな)
ご担当者名: _____ 様

ご住所 〒 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

E-mail _____

今後のご連絡方法 電話 FAX メール

現場名 _____

現場住所
(ご住所と同じ場合は、「同じ」とお書きください。)

2. 建築物 _____
 新築 リフォーム 戸建住宅
 店舗 オフィス マンション _____ 階

3. 床の状態 _____
 カーペット ウッドフローリング
 その他 _____

4. 設置スペース _____
 レセプション ワークスペース カフェテリア
 その他 _____

5. 大体のご予算 約 _____ 万円位

6. ご希望納期

20 _____ 年 _____ 月

上旬 中旬 下旬

● ご希望の仕様内容

A. ガラスの種類 _____
 透明 その他
その他の場合 _____

B. 商品番号:
掲載写真にご希望のタイプがありましたらお書き下さい。

種類は、以下の商品ページ もご参照ください。

卓上フルタイプ: <https://bit.ly/3nZm8Ke>

卓上ギャップタイプ: <https://bit.ly/3q6cBDf>

トップスリムタイプ: <https://bit.ly/3miv5xV>

床型トールタイプ: <https://bit.ly/2Vdtr4D>

● その他

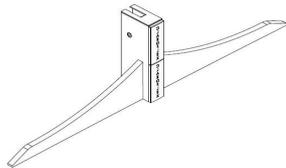
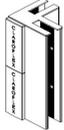
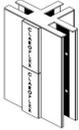
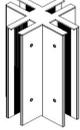
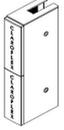
打ち合わせの為に電話が欲しい。

メモ欄(※ご希望のデザインがございましたら
メモやスケッチ等でお知らせください。)

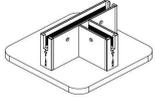
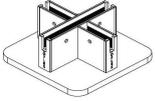
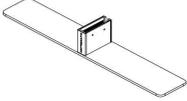
ご依頼日 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ガラスパーティション(Clarosafe)見積依頼書2/2

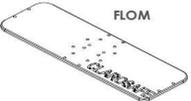
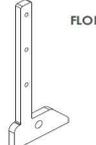
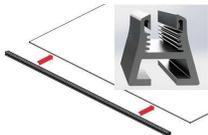
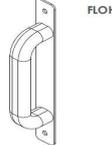
●ジョイントパーツ (単品をご希望の場合は、必要な数量をご記入下さい)
【FULL(フル)タイプ】

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> FULS _____ | <input type="checkbox"/> FULE _____ | <input type="checkbox"/> FULF _____ | |
|  |  |  | |
| <input type="checkbox"/> FULL _____ | <input type="checkbox"/> FULT _____ | <input type="checkbox"/> FULX _____ | <input type="checkbox"/> FULD _____ |
|  |  |  |  |

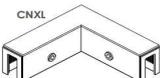
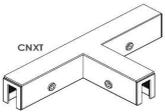
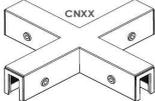
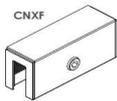
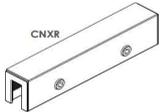
【GAP(ギャップ)タイプ】

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> GAPS _____ | <input type="checkbox"/> GAPL _____ | <input type="checkbox"/> GAPT _____ |
|  |  |  |
| <input type="checkbox"/> GAPX _____ | <input type="checkbox"/> GAPE _____ | <input type="checkbox"/> GAPF _____ |
|  |  |  |

【FLOOR(フロア)タイプ】

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> FLOS _____ | <input type="checkbox"/> FLOM _____ | <input type="checkbox"/> FLOF _____ |
|  |  |  |
| <input type="checkbox"/> FLAL _____ | <input type="checkbox"/> FLOH _____ | <input type="checkbox"/> FLOW _____ |
|  |  |  |

【TOPSLIM(トップスリム)タイプ】

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> CNXL _____ | <input type="checkbox"/> CXNT _____ | <input type="checkbox"/> CNXX _____ |
|  |  |  |
| <input type="checkbox"/> CNXF _____ | <input type="checkbox"/> CNXR _____ | |
|  |  | |

ご依頼日 20 年 月 日