

株式会社 東静特機 行き  
FAX : 0 5 5 - 9 7 1 - 1 6 5 1

お問い合わせ用 F A X 用 紙

お客様名（会社名）	
ご担当者名	
ご連絡先	TEL :
	FAX :
ご住所	
ご希望を選択願います。	ホームページに対するご意見 パンフレットの請求 業務に関する件 その他
ご希望内容を具体的にお願い致します。	
お答え希望日・お時間がある方は、ご記入願います。	