

送信日： 年 月 日

希望の現場・お客様情報をご記入のうえ、スペースプラス事業部へ FAX 送信してください。
空状況をお調べて、ご希望の方法でお返事させていただきます。

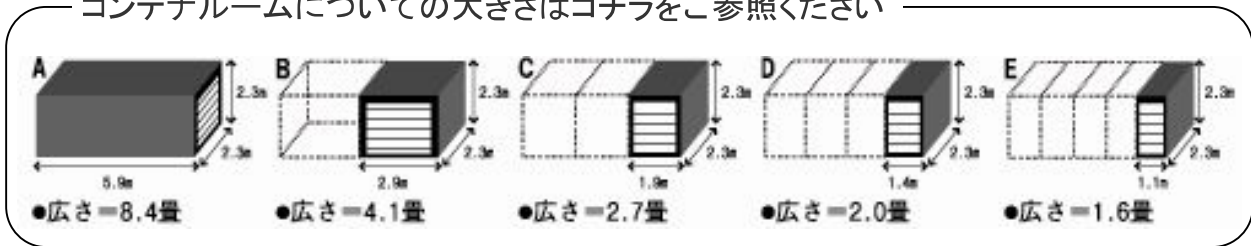
●ご希望の現場 コンテナルーム

第一希望/現場名： サイズタイプ： 1F / 2F (いずれかに○)

第一希望/現場名： サイズタイプ： 1F / 2F (いずれかに○)

希望利用開始日： 年 月 日

コンテナルームについての大きさはコチラをご参照ください



●その他質問等ございましたら、ご記入ください。

●お客様情報* 法人の場合は、[]内の項目をご記入ください。

フリガナ TEL*
お名前 FAX*
[会社名] [会社 TEL/FAX]

〒
住所
[会社住所]

フリガナ TEL*
勤務先 FAX*
[代表者名] [代表者 TEL/FAX]

〒
住所
[会社住所]

ご記入いただいた個人情報は当社にて適切に管理いたします。お客様の同意なく第三者に開示・提示することはありません。

●ご希望のお返事方法を選択してください

TEL FAX e-mail [アドレス @]
(✓を入れてください)