

FAXからのご予約



赤枠内の必須項目にご記入後、弊社宛にご送信ください。

お名前 (必須)			
ご住所			
返信連絡方法 (必須)		<input type="checkbox"/> FAX 番号 : _____ <input type="checkbox"/> 電話 番号 : _____ <input type="checkbox"/> Eメール アドレス : _____	
施工車種名 (必須)			
車両年式	年式	お預かり方法	車両持込・車両引取
予約第一希望 (必須)	月 日	予約第二希望	月 日
予約作業 (必須)	<input type="checkbox"/> カーフィルム フィルム色 : _____ フィルム施工面 : _____ <input type="checkbox"/> ボディコーティング コーティング種類 : _____ 車両 : 新車登録から3ヶ月以内 ・ 新車登録から3ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 電装品取付 <input type="checkbox"/> カーナビ <input type="checkbox"/> TV-ナビKIT <input type="checkbox"/> 地デジチューナー <input type="checkbox"/> HID・FOGライト <input type="checkbox"/> ETC <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 建築フィルム フィルム色 : _____ 施工ガラスサイズ : _____ 施工枚数 : _____ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 窓ガラス撥水 <input type="checkbox"/> ヘッドライトリフレッシュ <input type="checkbox"/> ルームクリーニング <input type="checkbox"/> 室内抗菌コート <input type="checkbox"/> 樹脂パーツコート <input type="checkbox"/> ホイールコーティング <input type="checkbox"/> サイドミラー親水 <input type="checkbox"/> ウィンドウリペア <input type="checkbox"/> メッキパーツコーティング <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
その他伝えたいこと			

FAX 048-972-6663

番号はおかけ間違いの無い様
ご注意ください。

弊 社 記 入 欄	担当者名 _____
-----------------------	------------