

# 見積り依頼&お問い合わせ フォーム **FAX専用**

レントオール小田原 行

FAX 0465-36-3533

★なるべく全ての項目を入力してください。

会社名（団体名）	
部署名	
住所	〒
(フリガナ)	
氏名	
電話番号（ご連絡先）	
FAX番号（返信先）	
メールアドレス	

■ご来店にて商品のお受取り、ご返却を希望される方はコチラにご記入ください。

ご来店日	年 月 日	営業時間内
使用期間（実施日）	月 日 ~ 月 日	
ご返却日	年 月 日	営業時間内

■商品の配達引取り及び設営撤去等をご希望される方はコチラにご記入ください。

配送の有無	有 無
配送希望日	年 月 日 時頃
使用期間（実施日）	月 日 ~ 月 日
引取希望日	年 月 日 時頃
設営の有無	有 無
お部屋までの搬入・出	有 無
配送場所	
エレベーター2階以上の場合	有 無
配送先ご担当者	
当日の連絡先	

商品名	数量	備考（サイズ等）

《イベント名又は目的》