FAXお見積もり依頼用紙
クレーンメンテナンス・点検

ご記入日	年　月　日

FAX送信先

株式会社テックササキ 搬送事業部

052-627-5008

FAX のため、文字は大きくはっきりとご記入くださいませ。
太枠内（必須項目）は必ずご記入くださいますようお願いいたします。

フリガナ **会社名（団体名）** 必須		フリガナ **部署名**	
フリガナ **役職名**		フリガナ **ご担当者氏名** 必須	
Eメール 必須		**電話番号** 必須	（　　）　　-
		FAX番号	（　　）　　-
勤務先住所 必須	〒		

目的	✓をご記入ください。 ☐ メンテナンス　☐ 点検　☐ 改造工事

依頼内容

SASAKI GROUP
TECHSASAKI

株式会社テックササキ 大江工場 搬送事業部
〒455-0024 愛知県名古屋市港区大江町1-5 TEL:052-627-2215