

F A X 専用お問い合わせシート

御社名： _____ ※

部署名： _____ ※

担当者名： _____ ※

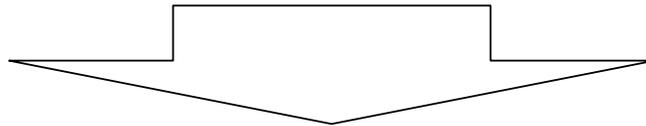
ご連絡先： _____ ※

ご住所： _____ ※ 左記 ※印の項目は必ず省略なしでご記入ください。

ご連絡希望曜日： 月 火 水 木 金

ご連絡希望時間帯： 9：00～12：00 1：00～5：00 その他 (_____)

お問い合わせ概要： 加工 組立 輸送



〒237-0062

神奈川県横須賀市浦郷町5-2931-64

TEL：046(865)0057 FAX：046(865)0520

日神機工株式会社 本社営業部