

F A X 番号

年 月 日

052-774-5152

## F A X 見積相談依頼書

### ◆お客様情報

御法人名		ご担当者名	
ご施設名			
ご住所			
お電話番号		F A X 番号	
メールアドレス			
相談のため電話連絡を希望します。			

### ◆ご希望日時

ご都合の良い日時をご記入ください。

第一希望	月	日	午前・午後
第二希望	月	日	午前・午後

### ◆通信欄

--

クオリティ・ラボ 株式会社

〒465-0023

名古屋市名東区石が根町98丸八ビル

TEL: 052-774-5564 FAX: 052-774-5152

メールアドレス: [asks.support@qlabo.jp](mailto:asks.support@qlabo.jp)