

## 依頼連絡票

太枠内に御記入頂き下記のFAX番号へ送信して下さい。

会員企業名		E-mailアドレス	
御担当者名		携帯電話番号	
御依頼内容	※可能な限り具体的に御記入下さい。		
ご連絡方法 <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい	<input type="checkbox"/> 携帯電話に電話して欲しい		<input type="checkbox"/> メールアドレスへ送信して欲しい
回答希望日	<input type="text"/>	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/>	時まで

一般社団法人東海建築連合会本部	FAX 052-269-8679
-----------------	------------------

※事務局使用欄

受信日	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	紹介会員企業名		
転送日	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
回答日	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	受付御担当者名		
確認日	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
整理番号				