

年 月 日

アシストスーツ「AeroBack」お問い合わせFAX用紙

*太字 は必須項目

*会社名

部署名

*ご担当者様名

ご住所 〒 -

*電話番号

- -

FAX番号

- -

メールアドレス

@

*◎エアロバックについて(下記の□に✓をお願いします)

複数回答可

商品説明 商品を詳しく聞きたい

見積依頼 商品の価格が知りたい

レンタル依頼 レンタルで借りて使用したい

デモ依頼 実際に装着して試してみたい

①エアロバックはどのようにして知られましたでしょうか？

インターネット検索 広告・冊子() 展示会 紹介 その他

②どのような作業でのご使用を検討されていますでしょうか？(お客様の業種)

農業 製造(工場) 物流 介護 建設 商社 その他

作業内容等

*上記内容をご記入の上、下記番号へFAXお願い致します。

有限会社キャリアバンク

FAX 0725-20-6030

内容を確認し、弊社担当者より連絡致します。