

F A Xお問い合わせシート

送信日 令和 年 月 日

フリガナ
お名前 _____

電話番号 _____ F A X 番号 _____

お問い合わせ内容

- | | | | | |
|----------------------------------|-------|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> 来店希望 | 来店希望日 | | | |
| <input type="checkbox"/> 盛岡インター店 | ・第1希望 | 月 | 日 | 午前・午後 |
| <input type="checkbox"/> 盛岡大通店 | ・第2希望 | 月 | 日 | 午前・午後 |
| <input type="checkbox"/> 盛岡フェザン店 | ・第3希望 | 月 | 日 | 午前・午後 |

その他

・ご相談内容などをお書きください。

こちらへF A X願います。

019-601-5819

有限会社アイドカ