

# お客様お問合せ FAX シート

氏名 必須			
氏名カナ 必須			
郵便番号	-	都道府県	
住所番地			
ビル部屋番号			
電話番号	-	-	
E-mail			
会社名			
ご希望家賃			
建物	<input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> その他		
築年数	<input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 5 年以内 <input type="checkbox"/> 10 年以内 <input type="checkbox"/> 15 年以内 <input type="checkbox"/> その他		
広さ (㎡数・坪など)			
間取り	<input type="checkbox"/> 1R <input type="checkbox"/> 1K <input type="checkbox"/> 1DK <input type="checkbox"/> 1LDK <input type="checkbox"/> 2K <input type="checkbox"/> 2DK <input type="checkbox"/> 2LDK <input type="checkbox"/> 3K <input type="checkbox"/> 3DK <input type="checkbox"/> 3LDK <input type="checkbox"/> その他		
会社の通勤手段		ご希望の通勤時間	
駐車場	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要		
内見希望日	西暦	年	月 日
入居希望日	西暦	年	月 日
その他のご要望・条件			