

FAX注文書（ご記入の上、FAXでご返送ください）

(株)目黒ロックサービス行

ご注文日 _____ 年 月 日
※は必須

担当者名:

FAX番号:03-3724-6970

※御社名	
※ご担当者名	
所在地	〒
※TEL	
※FAX	

①ご注文の分類

()に✓を付けてください

<input type="checkbox"/> 発注依頼	<input type="checkbox"/> 見積依頼	<input type="checkbox"/> 現場調査依頼
<input type="checkbox"/> 納期確認	<input type="checkbox"/> 金額問い合わせ	<input type="checkbox"/> その他

②ご注文の詳細

③現場(物件)情報

()には✓を付けてください

建物名称 :	部屋番号 :
建物所在地 :	
オートロックの有無 : <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 ←現在のキーNo.『	
マスターキーの有無 : <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 ←マスターキーNo.『	
非接触認証装置の有無 : <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 ←キーヘッド式・タグ式・カード式・他()	
その他注意事項 :	

④商品の情報

(分かる範囲で結構です)

()には✓を付けてください

商品	メーカー名『	キー型式『	ロック型式『
1	開き:()外/()内	勝手:()右/()左	扉厚『 mm BS『 mm 色記号『 数量:
2	開き:()外/()内	勝手:()右/()左	扉厚『 mm BS『 mm 色記号『 数量:
3	開き:()外/()内	勝手:()右/()左	扉厚『 mm BS『 mm 色記号『 数量:

⑤その他(居住中の現場や作業を実施する時は立会人が必要です)

()には✓を付けてください

現場立会人の有無 : <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 ←名前『	電話番号『
カギの保管場所 :	キーボックスの暗証番号 :