

# FAXお問い合わせシート

※はご記入必須項目になります。

	貴社名(個人の方は不要)	
※	お名前	
※	フリガナ	
	郵便番号	〒
	都道府県	
	御住所	
	メールアドレス	
	お電話番号	
※	FAX番号	
※	希望の連絡方法	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> お電話 <input type="checkbox"/> メール
※	お問い合わせ内容	

有限会社井田商店

FAX 06-6972-8654

■お電話でのお問い合わせ

06-6981-4331

受付時間:8:30~18:00

※土日祝休み