西尾レントオール㈱行

レンタル申し込み書 適材適所 HP

年　月　日

（このまま印刷してご記入の上お引取ご希望の店所まで FAX をください）
★このフォームにて、レンタル商品の問い合わせ、在庫確認などをお願い致します★

1. レンタルご希望の商品名 （なるべく詳細に台数もご記入ください）		台

2. ご使用になる期間	レンタル開始日 月　日	～	レンタル終了日 月　日	日間

3. ご希望の商品受け渡し店所	マルで囲み希望店所まで FAX してください。 ◇東京　：中央区八丁堀　FAX 03-3552-1400　◇足立　：足立区入谷　FAX 03-3853-2479 ◇新浦安：浦安市千鳥　FAX 047-390-7540　◇新木場：江東区新木場　FAX 03-3522-2410 ◇江戸川：江戸川区谷河内 FAX 03-6638-2403　◇八王子：八王子市石川町 FAX 042-642-6128 ◇羽田　：大田区羽田旭町 FAX 03-3744-2409

会社名			
所在地			
電話番号		FAX 番号	
ご担当者		部署・役職	
業種			

※レンタル機材ご使用の作業内容、場所等の条件は？（機種選択の参考にいたします。）

※在庫確認等を行い速やかに回答お見積を申し上げます。しばらくお時間をください。

以下の欄は西尾レントオール処理欄となります。記入しないでください。

日付・担当	商談内容	確認