

k i n d s F A X 0 6 - 6 7 6 2 - 6 6 1 7

(株)カインズ
k i n d s 御中

日付 年 月 日

営業担当者名 (必須)

宛

お客様専用



価格の見直し依頼

見積依頼書



お客様情報

〒

住所

社名 (必須)

ご担当者様名 (必須)

T E L 番号

F A X 番号

	メーカー名	型番	数量	他社価格	当社使用欄 (回答欄)
1					
2					
3					
4					
5					

消費税別