

# FAX専用お問い合わせ用紙

FAX確認後当社より確認のお電話を致します

## ■お客様についてお知らせください

発注者名称		所属名称	課・係
ご担当者名	印	郵便番号	〒
ご住所	都道 府県		
TEL	( )	FAX	( )

## ■お問い合わせ内容

ご注文 FAX 054-643-6659

株式会社 コンツナ

FAX 054-643-6659

全国反射材普及促進協議会員 株式会社コンツナ 〒426-0017 静岡県藤枝市下当間621-1 TEL 054-641-0939