

武州ガス株式会社 設備業務チーム 行

キッチン入替工事用

ガス工事ファックス (FAX) 申込書

送信先

ファックス (FAX) 番号 : 049-257-6632

※1 出来るだけ、工事訪問希望日の1週間前までにご依頼ください。

※2 工事訪問希望日まで3日以内の申込はファックス送信後、下記ダイヤルインへお電話下さい。

※3 受信時間帯により翌営業日の対応となります。

※4 受付後、当方より電話連絡させていただきます。

設備業務チームダイヤルイン 049-241-9011 8時30分～17時15分 (平日のみ)

1. 施主様情報 (工事先)	供給地点特定 番号	※わかる範囲でご記入下さい。 039-000- - - (下11桁)
	会社名/氏名	
	住 所	〒 -
	連絡先	電話(- -)・携帯(- -)
2. お申込者様	会社名/氏名	担当者名()
	住 所	〒 -
	連絡先	電話(- -)・携帯(- -) FAX(- -)
3. お支払者	<input type="checkbox"/> 1. 施主様(了承済み) <input type="checkbox"/> 2. お申込者様 <input type="checkbox"/> その他 (下記へご記入下さい)	
	会社名/氏名	担当者名()
	住 所	〒 -
	連絡先	電話(- -)・FAX(- -)
4. 工事内容	※キッチン入替日 : 解体日 月 日 () / 設置日 月 日 () ※コンロ位置の変更 : <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 ①ガス撤去 (逃げ含む) 訪問希望日 月 日 () <input type="checkbox"/> AM (9時～12時) <input type="checkbox"/> PM (13時～15時) <input type="checkbox"/> PM (15時～17時) ②ガス接続 訪問希望日 月 日 () <input type="checkbox"/> AM (9時～12時) <input type="checkbox"/> PM (13時～15時) <input type="checkbox"/> PM (15時～17時)	
5. 備 考		