

《お悩みチェックリスト》




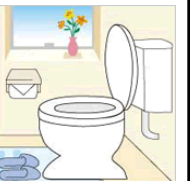

ご要望チェックリスト(わかる範囲で結構です。該当にレ点、ご記入をお願いします。)

お客様名		ご連絡方法	
ご住所		連絡都合時間	

お住まい
の建物は?

<input type="checkbox"/> 1戸建て 住宅 <input type="checkbox"/> 築1年~10年 <input type="checkbox"/> 築10年~20年 <input type="checkbox"/> それ以上	<input type="checkbox"/> マンション 集合住宅 <input type="checkbox"/> 住居1年~10年 <input type="checkbox"/> 住居10年~20年 <input type="checkbox"/> 住居それ以上
---	--

ご相談箇所
は、どこです
か?

 <input type="checkbox"/> バスルーム <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> 壁 <input type="checkbox"/> 床 <input type="checkbox"/> ドア	 <input type="checkbox"/> キッチン <input type="checkbox"/> カウンター <input type="checkbox"/> シンク <input type="checkbox"/> レンジフード <input type="checkbox"/> 壁 <input type="checkbox"/> その他	 <input type="checkbox"/> ドレッサー <input type="checkbox"/> 洗面ボール <input type="checkbox"/> カウンター <input type="checkbox"/> 扉 <input type="checkbox"/> 壁 <input type="checkbox"/> その他	 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 本体 <input type="checkbox"/> タンク <input type="checkbox"/> 便座 <input type="checkbox"/> 壁 <input type="checkbox"/> その他	 <input type="checkbox"/> その他・ <input type="checkbox"/> フローリング <input type="checkbox"/> 窓ガラス <input type="checkbox"/> 玄関廻り <input type="checkbox"/> 外装 <input type="checkbox"/> その他
--	--	--	--	---

ご相談やお悩みを、具体的に教えてください。

今後のご対応のご希望を教えてください。	<input type="checkbox"/> お見積りを希望する。 <input type="checkbox"/> お見積りは希望しない。 <input type="checkbox"/> 取り合えず電話で話だけ聞きたい。 上記にて <input type="checkbox"/> 現地調査可能 <input type="checkbox"/> 現地調査は不可 <input type="checkbox"/> おおよそ価格がわかれば良い <hr/> 現地調査の場合 希望する曜日、希望しない曜日、その時間帯等教えてください。 <hr/> その他、私たちに注意してほしい事 <hr/>
---------------------	---