



F A X お申込み・問合せシート

メディア・ネットワーク行き

御契約者様 について

お申込者	会社名		部門	
	住所			
	ご担当者様		e-mail	
	電話番号		F A X 番号	
設置先	設置先は上記と同じ(下記への記入は不要)		設置先は下記の通り	
	屋号名		部門	
	住所			
	ご担当者様		e-mail	
	電話番号		F A X 番号	

契約期間 年 月 日 ~ 年 月 日迄

ご希望モデル名(ご希望モデルに を入れてください)

ご希望機種	目安	記入欄
カラーコピー複合機(23枚~30枚)	月間3000枚まで	
カラーコピー複合機(高速クラス)	月間3000枚以上	
モノクロコピー複合機(23枚~30枚)	月間3000枚まで	
モノクロコピー複合機(高速クラス)	月間3000枚以上	

ご選択	記入欄
ビジネスホン	
LAN工事	

必須機能(を入れてください)

コピー	
FAX	
プリンタ	
スキャナ	

追加オプション(ご希望に を入れてください)

ステابل機能(フィニッシャー)	
ネットワークスキャナ	
セキュリティ機能	
パソコン接続	有 無

設置先の状況について

搬入車両の駐車スペースについて	有 無
平面での搬入について	可 不可
設置先は	ビル 階 エレベータ 階段

現在、複写機/複合機について、お取引をされている販売店はございますか?

無 有 (ご販売店名 :)

他ご質問等

FAX送信間違いにはじゅうぶんご注意ください。

FAX・0120-107-871