

お 問 合 せ 日 _____年_____月_____日

※●は必ずご記入ください。

●店舗名/貴社名		
●ご担当者様氏名		
●ご連絡先	TEL/	FAX/
携帯電話		
E-mail	@	
URL	http://	

お問合せ内容 ※あてはまる項目に○を記入してください。

業種	<input type="checkbox"/> 物販小売 <input type="checkbox"/> 飲食 <input type="checkbox"/> サービス <input type="checkbox"/> オフィス <input type="checkbox"/> その他 具体的に()				
工事種別	<input type="checkbox"/> 新装/出店 <input type="checkbox"/> 改装 <input type="checkbox"/> 改修 <input type="checkbox"/> 退去/原状回復 <input type="checkbox"/> その他				
物件住所					
階数					階
床面積					m ² 坪
建物	<input type="checkbox"/> テナントビル	<input type="checkbox"/> 戸建	<input type="checkbox"/> 集合住宅	<input type="checkbox"/> 仮設施設	<input type="checkbox"/> その他
築年数					年頃
物件契約状況	<input type="checkbox"/> 未契約	<input type="checkbox"/> 契約済 (入居日予定)			<input type="checkbox"/> 賃貸ではない
物件現況 在の状態	<input type="checkbox"/> スケルトン	<input type="checkbox"/> 居抜き	<input type="checkbox"/> 一部内装譲渡		
	<input type="checkbox"/> 天井あり	<input type="checkbox"/> 壁あり	<input type="checkbox"/> 床仕上げあり	<input type="checkbox"/> 間仕切り壁あり	<input type="checkbox"/> 建具あり <input type="checkbox"/> 造作あり
	その他()				
附帯設備	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> エアコン <input type="checkbox"/> 給水給湯 <input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> 動力 <input type="checkbox"/> 消防設備 <input type="checkbox"/> 音響 <input type="checkbox"/> 照明				
	<input type="checkbox"/> 厨房機器 <input type="checkbox"/> 什器家具 <input type="checkbox"/> シャッター <input type="checkbox"/> 入口建具				
その他条件や 要望など	ご				
オープン予定日	_____年_____月_____日				
打合せご希望日	第一希望日:	_____月_____日			
	第二希望日:	_____月_____日			
	第三希望日:	_____月_____日			