



FAX 送信方向

株式会社

スリーエス



FAX用 お問い合わせシート

◎お客様のご連絡先

送信日

年

月

日

必須	ふりがな		
お名前			
必須	会社名		部署名
ご住所	(〒 -)		
必須	電話番号	FAX番号	
メールアドレス			

※ご記入いただいた個人情報は、製品ご案内以外の目的に使用することはありません。

◎お問い合わせ内容

該当する項目をチェックしてください。

包装システムについて

充填システムについて

包装資材について

その他()

お問い合わせ内容を詳しくお書きください。

ご記入後、下記までお送りください。 近日中に担当より折り返しお返事いたします。

株式会社 スリーエス

〒462-0059 名古屋市北区駒止町2丁目51-3
TEL:052-911-3771

FAX
送信先

052-912-6154