

お見積り依頼書

この度は、弊社ポスティングへお見積もり頂きまして誠に有り難うございます。
お手数掛けますが、下記内容を記入頂き、FAXにてご返送お願い致します。

株式会社ルックスマイル宛

FAX/052-202-1551

TEL/052-202-5100 ※ホームページからお見積り頂けます。
http://www.looksmile.co.jp/

依頼日 平成 年 月 日

御社名			
御住所			
TEL		FAX	
メールアドレス			
御担当者名		所属部署	

弊社からの連絡につきまして、時間帯や対応(電話・fax・メール)等にご希望がありましたら、ご記入お願いします。

配布物内容

広告内容			
配布物形状	<input type="checkbox"/> B5サイズ <input type="checkbox"/> A4サイズ <input type="checkbox"/> B4サイズ <input type="checkbox"/> A3サイズ <input type="checkbox"/> その他(変形・特殊・冊子)		
	※配布物の紙の厚みや重さ、折りの有無、又その他へチェックの方は詳細等、分かる範囲で御記入下さい。		
配布方法	<input type="checkbox"/> 全戸配布 <input type="checkbox"/> 集合住宅限定 <input type="checkbox"/> 戸建て限定 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他		
	※その他へチェックの方は詳細を御記入下さい。		
	※上記戸建て限定以外へチェックの方は、集合住宅のポスト投函先をチェック下さい。		<input type="checkbox"/> 集合ポスト <input type="checkbox"/> ドアポスト
配布予定日	年 月 日～	年 月 日迄	
配布枚数	枚		
配布エリア			
その他ご質問 ご希望事項	※ポスティングについて、ポスティング以外のオプションについてご質問・ご希望がありましたらご記入下さい。		

上記内容を元にお見積りさせていただきます。
迅速の対応を心掛けておりますが、内容等によりお時間を頂く場合がございます。
何卒ご了承の程、宜しくお願ひ申し上げます。