

この欄は必ずご記入ください		日付	年	月	日
会社名 又は 氏名	フリガナ	担当者氏名 (法人の場合)	フリガナ		
住所	〒				
TEL	()	FAX	()		
E-Mail					
当社記入欄	見積り依頼 No.	営業所			
ご使用のレンチ (製品番号)	許容トルク	ご使用のソケット (製品番号)	添付資料 (図面等)		
	N・m		あり・なし		
反力受け形状					
<input type="checkbox"/> ストレート形 			<input type="checkbox"/> L形 		
<input type="checkbox"/> スライド形 			<input type="checkbox"/> カップ形 		
<input type="checkbox"/> アングル形 					
その他					
ご記入のない項目は 当社標準 とさせていただきます					