

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		
<b>反力受け形状</b>					
<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 					
<b>その他</b>					
ご記入のない項目は <b>当社標準</b> とさせていただきます					