

電離箱サーベイメータ FAX 送付状

FAX 0859-53-5073 (同) 放射線測定システム行き

月 日 曜日

お客様情報

ご施設名 ; _____

住 所 ; _____ 県 _____ 郡・市 _____ 町・村 _____

番地 _____

ビル・マンション他 _____

役職 ; _____ 所属 ; _____

ご担当者 ; _____

電話 _____ FAX _____

E-mail _____ @ _____

レンタルご予約日

月 日 ~ 月 日 間

【借用の際にご確認させて頂くもの。】

ご名刺、運転免許証（コピーをさせていただきます）、銀行のご利用明細表。

【メッセージ】