

製品名	ビニフェンス	サイズ記入欄(ご希望のサイズをご記入、又は○で囲ってください。)	
本体ユニット	台		
延長ユニット	台		
シート	<input type="checkbox"/> 透明糸入り VT-055H		枚
	<input type="checkbox"/> 透明スカイクリア 0.5t		枚
	<input type="checkbox"/> カラーターポリン		
	カラー:		枚
ベース			個
取付工事	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する※下記ご記入ください		
工事場所	〒		
現場名称			
その他ご要望			
社名・屋号	<input type="checkbox"/> 個人	電話番号	-
お名前		FAX番号	-
		メールアドレス	
住所	〒	ご希望の決済方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込(前入金) <input type="checkbox"/> クレジットカード