

# お問い合わせフォーム(FAX専用)

株式会社アースレイ

FAX 03-3796-1433

FAX送信日 年 月 日

\*は必須入力です。

フリガナ			
* 氏 名			
生年月日	西暦 年 月 日	性別	男 女
フリガナ			
自宅住所	〒 _____ 都 道 府 県		
* T E L		* 携 帯 電 話	
* F A X		Eメール	<input type="checkbox"/> .....
		携帯メール	<input type="checkbox"/> .....
* 主要連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> をして下さい <input type="checkbox"/> T E L <input type="checkbox"/> 携 帯 電 話 <input type="checkbox"/> 携 帯 メール <input type="checkbox"/> Eメール		
* お問い合わせ内容			
* 返信時の連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> をして下さい <input type="checkbox"/> T E L <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 携 帯 電 話 <input type="checkbox"/> 携 帯 メール <input type="checkbox"/> Eメール		

\* その他