

# お問合せ問診票 プロスペックライト

株式会社デトアインターナショナル  
FAX : 06-6445-8156  
TEL : 06-6445-8155 (平日 10時~17時)

|              |                                  |                                  |  |
|--------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| お問合せ内容 / ご要望 | <input type="checkbox"/> 資料請求    | <input type="checkbox"/> 見積依頼    | <input type="checkbox"/> 照明リニューアルのご相談 / 情報収集 |
|              | <input type="checkbox"/> 卸販売のご希望 | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |

|       |            |              |   |
|-------|------------|--------------|---|
| 貴社名   |            |              |   |
| 御担当者様 | 部署名 :      | フリガナ<br>氏名 : | 様 |
| 御住所   | 〒          |              |   |
| 御電話番号 | 会社 : ( ) - | FAX : ( ) -  |   |

|                              |                             |                              |                               |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 弊社からの折り返し対応                  | <input type="checkbox"/> 電話 | <input type="checkbox"/> FAX | <input type="checkbox"/> メール※ |
| ご対応可能な日時                     | 平日 :                        | 時間帯 :                        |                               |
| ※メールをご選択いただいた方はこちらにご記入ください @ |                             |                              |                               |

3営業日以内に担当者より折返し連絡をさせていただきます

|                                |                                |                               |                               |                             |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 導入希望の時期について                    |                                |                               |                               |                             |
| 年                              | 月                              | 日                             | ~                             | 年 月 日                       |
| <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 | <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 | <input type="checkbox"/> 半年以内 | <input type="checkbox"/> 1年以内 | <input type="checkbox"/> 未定 |

|                                |  |  |                                  |  |
|--------------------------------|--|--|----------------------------------|--|
| 導入対象・エリアについて                   |  |  |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> 工場・倉庫 | <input type="checkbox"/> 検査室用照明器具<br>(天井・デスクライト) | <input type="checkbox"/> 特殊環境<br>(防爆・粉塵・塩害・高音) | <input type="checkbox"/> 事務所・その他 |  |
| その他の場合 :                       |  |  |                                  |  |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| 導入対象エリアの詳細について                        |  |
| フロア設計図、照明配置図(天井高などの寸法入り図面)はお手元にありますか? | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 現在使用中の照明器具の品番                         | 【 メーカー : _____ 】   |
| 設置している照明器具の台数                         | 【 _____ 台 】  |
| 導入を検討している照明器具                         | 【 メーカー : _____ 】   |

|                              |                             |                             |                                    |                                   |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| その他ご希望事項、特記事項などありましたらご記入ください |                             |                             |                                    |                                   |
| 知りたい情報                       | <input type="checkbox"/> 価格 | <input type="checkbox"/> 納期 | <input type="checkbox"/> 仕様 / スペック | <input type="checkbox"/> 消費電力の削減率 |
| -----                        |                             |                             |                                    |                                   |