

クレーン関係レンタルお問い合わせ用紙

印刷してからFAXして下さい

東京通信機株式会社

東京営業所 FAX:03(3980)6612
大阪営業所 FAX:06(6427)7067

お問い合わせ日	令和 年 月 日		
会社・作業所名			
住 所	〒 御担当者 _____ 様		
	TEL ()	FAX ()	
使用開始予定日	月 日から約 日間	約 月	希望納入日 月 日
用 途	<input type="checkbox"/> クレーン玉掛け合図用 <input type="checkbox"/> コンクリート打設用 <input type="checkbox"/> 測量用 <input type="checkbox"/> 職員連絡用		
	<input type="checkbox"/> クレーンカメラ <input type="checkbox"/> クレーン接触防止 <input type="checkbox"/> 無線(同時通話型、トランシーバー型) <input type="checkbox"/> フックコール <input type="checkbox"/> 後方監視カメラ <input type="checkbox"/> その他		

以下クレーン用の場合記入してください。

<input type="checkbox"/> AC100V <input type="checkbox"/> DC24V <input type="checkbox"/> DC12V <input type="checkbox"/> その他 (V)	<input type="checkbox"/> クライミングクレーン <input type="checkbox"/> ジブ(傾斜)クレーン <input type="checkbox"/> クローラクレーン <input type="checkbox"/> ラフテレンクレーン <input type="checkbox"/> オールテレンクレーン <input type="checkbox"/> 天井クレーン <input type="checkbox"/> 台船クレーン <input type="checkbox"/> 揚炭機 <input type="checkbox"/> その他	クレーンのブーム長	主補助 m m
		建築の場合地上高	約 m
		ブーム組立日	月 日
		官庁の検査予定日	月 日
	<input type="checkbox"/> 配達希望 <input type="checkbox"/> 宅配希望	オペレータ室	有 ・ 無
コメントあればご記入ください			

納入先と違う場合に記入してください。

御請求先	会社名	TEL	FAX
	住所		