



FAX : 0561-42-7789



特定自主検査見積り依頼書

貴社名		ご担当者名	
ご住所	〒 -		
TEL		FAX	
E-mail			

■フォークリフト車両情報

メーカー	型式	製造番号	最大荷重	マスト高・その他仕様 など	検査月
					月
					月
					月
					月
					月
					月
					月
					月
					月
					月

■その他

代車の有無	代車必要 ・ 代車不要
今までの検査業者	
その他のご要望があればご記入ください	