

コンサルティングサービス相談申込書（FAX送信用）

株式会社KPDソリューションズ 宛

※到着確認後、担当者より申し込み確認のご連絡をさせていただきます。

貴社名			
電話番号		部署・店舗名	
		ご担当者様名	
メールアドレス	@		
希望される 連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話		<input type="checkbox"/> メール
住所			
該当する コンサルティング サービスを選択 ください	<input type="checkbox"/> 集合教育セミナー等		
	<input type="checkbox"/> 出張測定担当者		
	<input type="checkbox"/> 取引先開拓		
	<input type="checkbox"/> OEM商品開発		
	<input type="checkbox"/> レンズ販売教育		
	<input type="checkbox"/> 測定技術教育		
	<input type="checkbox"/> 総合コンサルティング		
	<input type="checkbox"/> レンズ価格表のコンサルティング		
	<input type="checkbox"/> その他ご希望		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;">その他のご希望につきまして具体的にお聞かせください</div>		
アポイントの ご要望	<input type="checkbox"/> 上記について相談したいので来社してほしい		
	<input type="checkbox"/> 上記についての見積もりがほしい		
お悩み・ご相談内容 (ご自由に ご記入ください)			

FAX : (03)-6404-6426

【問い合わせ先】



〒104-0031 東京都中央区京橋2-4-12 京橋第一生命ビル1階
TEL : (03)-6265-1816