日本デオドール株式会社 宛

消臭プランお問い合わせシート

必要事項をご記入のうえ FAX 03-3369-1849 まで送信してください

老人ホーム・介護施設様用

＊印は必須項目です

施設名＊	フリガナ		
ご担当者様氏名＊	フリガナ		
ご住所＊	〒		
電話番号＊	― ―	FAX	― ―
メールアドレス			
施設規模	個室の数　　部屋		

居室以外に臭気でお悩みの場所があればご記入ください

☐ ロビー　☐ 共用部　☐ 汚物室　☐ 事務所　☐ その他（　　）

ご状況やご相談内容をご記入ください

在宅介護・ご家庭用

＊印は必須項目です

お名前＊	フリガナ		
ご住所＊	〒		
電話番号＊	― ―	FAX	― ―
メールアドレス			

ご質問等ございましたらご記入ください