体験スペースの予約

年　　月　　日

カインドリネス福祉ネット（株式会社カインズ）宛て

FAX番号 03-3730-1959

下記の通り体験スペースの予約を希望します

代表者様ご氏名	様	
お電話番号		※お電話番号、FAX番号の いずれかのご記入が必須です。
FAX番号		
E-mail		
ご来社希望日	年　　月　　日	
ご希望の時間帯	時　　分	
	※午前中は10時30分～12時、午後は13時30分～16時までの間で ご指定頂けますと、スムーズにご予約いただけます。	
ご来社予定人数	名	

お試しをご希望の機器

※商品名がわからない場合は、大変お手数をお掛けしますが、
商品の特徴などをご記入いただければ、弊社より商品名の確認の返信をさせていただきます。

その他希望、注意事項
備考、通信欄

【お問い合わせ先】

株式会社カインズ（カインドリネス福祉ネット）

東京都大田区蒲田5丁目24番2号 損保ジャパン蒲田ビル7F

TEL： 03-3730-0600 FAX： 03-3730-1959　　E-mail： shop@kind-fukushi.net