

住まいの相談会

相談票

予約申込：下記太枠内のご記入をお願いします。

受付日：R4. .

ふりがな ※必須		相談日 ※必須	令和4年 月 日
相談者 ※必須		時間 ※必須	<input type="checkbox"/> 1時～ <input type="checkbox"/> 2時～ <input type="checkbox"/> 3時～
連絡先 ※必須	〒 () 住所： TEL ()		
相談者の立場 ※任意	<input type="checkbox"/> 所有者または建築主 <input type="checkbox"/> 借主 <input type="checkbox"/> その他 ()		
建物概要 ※任意	<input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 増築 <input type="checkbox"/> リフォーム <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未定 用途： <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> その他 () 構造： <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未定 階数： <input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建て <input type="checkbox"/> 3階建て <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未定 建物の規模：床面積： m ² ・坪 <input type="checkbox"/> 未定		
建築場所 ※任意			
相談概要 ※任意			
相談の内容			

