

お問い合わせ依頼日..... 年..... 月..... 日

■ お問い合わせ用紙 (FAX 用) ■

株式会社エプロ

FAX 03-5225-1602

貴社名	
部署・役職名 (個人の方は不要)	
*お名前	
住所または所在地	
*電話番号/FAX	
メールアドレス	

\* 必須項目

【お問い合わせ内容】

【お問合せ項目】

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> インナーミル 550 (防カビ剤・水性) | <input type="checkbox"/> カビサール (カビ取り)  |
| <input type="checkbox"/> インナーミル 302 (防カビ剤・紛体) | <input type="checkbox"/> JuJu (カビ取り)   |
| <input type="checkbox"/> スーパーミル 88 (抗菌剤)      | <input type="checkbox"/> ガイナ (遮熱塗料)    |
| <input type="checkbox"/> 防カビ万能選手 (防カビコーティング剤) | <input type="checkbox"/> ノン結露 (結露防止塗料) |
| <input type="checkbox"/> 試験について               | <input type="checkbox"/> その他           |

.....  
【ご質問・ご相談内容】

---

---

---

---

---

---

---