

このページをプリントして必要事項をご記入の上、送信してください。 **FAX:0774-39-7210**

必須 お名前(漢字)フルネーム	
必須 おなまえ(ひらがな)	
必須 E-mailアドレス	
貴社名・貴店名	
所属部署名	
必須 お電話番号	
必須 日中連絡がとれる電話番号	
FAX番号	
必須 郵便番号	
必須 ご住所	マンション・ビル名
	部屋番号

デスクトップタイプパソコンのテスト使用をご希望の方

必須 メーカー名	<input type="text"/>	品番	<input type="text"/>
ディスプレイサイズ	<input type="text"/>	インチ	
必須 ご希望の商品	<input type="checkbox"/> スーパーデスク8SLZ	<input type="checkbox"/> ルックノン(覗き見防止機能付)	
必須 ご希望のフレームカラー	<input type="checkbox"/> チタン	<input type="checkbox"/> ブラック	

ノートパソコンのテスト使用《スーパーノート8LZ》をご希望の方

必須 メーカー名	<input type="text"/>	品番	<input type="text"/>
ディスプレイサイズ	<input type="text"/>	インチ	
必須 お悩みの問題を教えてください	<input type="checkbox"/> まぶしさ	<input type="checkbox"/> 電磁波	<input type="checkbox"/> 紫外線 <input type="checkbox"/> 静電気
必須 目や身体の症状について教えてください。	<input type="checkbox"/> 目の疲れ	<input type="checkbox"/> 目の奥の痛み	<input type="checkbox"/> 目がかすむ <input type="checkbox"/> まぶたのけいれん
	<input type="checkbox"/> 肩こりがする	<input type="checkbox"/> 眼痛	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ <input type="checkbox"/> いろいろする
	<input type="checkbox"/> ストレス	<input type="checkbox"/> 気力の喪失	<input type="checkbox"/> その他症状 <input type="text"/>
必須 このサイトをお知りになった経緯を教えてください。	<input type="checkbox"/> 検索エンジン(Yahoo!)	<input type="checkbox"/> 検索エンジン(Google)	
	<input type="checkbox"/> その他の検索エンジン	<input type="checkbox"/> 他サイトから	
	<input type="checkbox"/> 広告(媒体名を教えてください)	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>	

連絡欄(ご質問などありましたらお書きください)