

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:06-6761-2480

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"/> いらいらする	<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)