

地震発生時の室内安全対策！ 制震オフィス化診断申込書

制震オフィス診断希望 お客様情報	ご記入日	西暦 年 月 日												印	
	フリガナ														
	法人名														
	住所	〒					—							都 道 府 県	市 郡 区
		マンションビル・建物名 []													
	電話							メール							
	フリガナ							担当部署				役職名			
	お申込者														
	お申込み理由について(✓複数回答可)												✓	診断希望オフィスの環境	
	・自社の消防計画に準じ今期予算化しているから													フロア数 _____ フロア	
・防災管理点検で指摘されたから													延べ床面積 _____ m ²		
・統括防火防災管理責任者から指導があったから													※設置作業実施の予定時期		
・制震オフィス化の概算費用を把握したいから													令和 _____ 年 _____ 月頃		
・概算費用を把握し、社内稟議を取りたいから													※未記入の場合、概算費用の提示のみとなります。		
診断を希望する設備 対象物別 数量記入欄												特記(サーバー機等の特殊箇所の写真、特殊事情等)			
・大型キャビネット															
・小型キャビネット															
・ロッカー															
・本棚															
・デスク型ディスプレイ															
・パソコン本体															
・複写機															
・プリンター機															
・冷蔵庫															
・インタラクティブホワイトボード															
・その他()															
販売店 記入欄	フリガナ														
	会社名														
	住所	〒					—							都 道 府 県	市 郡 区
		マンションビル・建物名 []													
	担当者名	(役職:)						担当者連絡先							
	診断予定日	第1希望(/) , 第2希望(/)						設置作業見積 提示時期		年 月 日 頃					
添付資料	<input checked="" type="checkbox"/>	オフィスレイアウト表 有り				<input type="checkbox"/> オフィスレイアウト表 無し				<input type="checkbox"/> 別途設置作業場所リスト 有り (計 箇所)					