

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	〒				一					都道府県	市区			
		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			
	<ul style="list-style-type: none"> ・自社の消防計画に準じ今期予算化しているから ・防災管理点検で指摘されたから ・統括防火防災管理責任者から指導があったから ・制震オフィス化の概算費用を把握したいから ・概算費用を把握し、社内稟議を取りたいから 										フロア数 <u> </u> フロア 延べ床面積 <u> </u> m ² ※設置作業実施の予定時期 <u>令和</u> 年 <u>月</u> 頃 <small>※未記入の場合、概算費用の提示のみとなります。</small>				
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)										
<ul style="list-style-type: none"> ・大型キャビネット ・小型キャビネット ・ロッカー ・本棚 ・デスクトップ型ディスプレイ ・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	〒					一						都道府県	市区	
		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□	オフィスレイアウト表 有り			オフィスレイアウト表 無し	別途設置作業場所リスト 有り (計 箇所)									