

ご質問・ご相談・ご依頼 FAX用紙

お名前	ふりがな
ご住所	〒 _____ _____
電話番号	— —
希望連絡時間	※記入例／月曜～金曜の正午12:00～午後1:00
メールアドレス	
お問い合わせ 件名	<input type="checkbox"/> シロアリ予防について <input type="checkbox"/> 害虫駆除について <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> シロアリ駆除について <input type="checkbox"/> 床下湿気工事について
ご依頼内容 ご質問	_____ _____ _____ _____

FAX.088-861-3901

フリーダイヤル

 0120-233-300

本社／〒781-8103 高知県高知市高須新木6-46

安心・安全・健康に奉仕する

株式
会社

住ケン高知

社団法人 日本しろあり対策協会会員