



送 信 日	年 月 日( )
お 名 前	様
F A X 番 号	— —
FAX 以外の ご 連 絡 先	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> メール <hr/> ご希望の連絡時間帯がある場合は○で囲んで下さい → 午前・午後・夜間・いつでも良い
ご 住 所	〒 —
件 名	(該当の□に ✓ をお入れ下さい) <input type="checkbox"/> 物件に関するご意見 <input type="checkbox"/> web サイトに対するご意見 <input type="checkbox"/> ご見学日のご要望 <input type="checkbox"/> 資料請求のご要望 <input type="checkbox"/> 天城ハイランドの土地 <input type="checkbox"/> 天城ハイランドの中古建物 <input type="checkbox"/> 天城ハイランド以外の土地 <input type="checkbox"/> 天城ハイランド以外の中古建物 <input type="checkbox"/> その他( )
内 容	(お問い合わせ内容を具体的にご記入下さい) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>