

F A X : 0 9 6 - 2 1 5 - 2 3 2 6

印刷して内容を記入した後、F A Xで送信してください。

| | |
|-----------------|--|
| お問い合わせ内容 | <input type="checkbox"/> 売りたい <input type="checkbox"/> 貸したい |
| ご所有の不動産 | <input type="checkbox"/> マンション・アパート <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 土地 |
| 所在地 | 熊本県 |
| 現状 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 賃貸中 <input type="checkbox"/> 空き家 <input type="checkbox"/> 更地 <input type="checkbox"/> 畑 |
| 土地・戸建ての方 | 土地面積 () 建物延床面積 () 築年数 (年) 間取り () |
| マンション アパートの方 | 専有面積 () バルコニー面積 () 間取り () マンション・アパート名 () 部屋番号 () |
| ご売却希望価格 | 万円 |
| その他希望条件 | |
| ご売却予定 | <input type="checkbox"/> 早急に <input type="checkbox"/> 3ヶ月後 <input type="checkbox"/> 6ヶ月後 <input type="checkbox"/> 1年後以降 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他 () |

| | |
|-------------|--|
| お問い合わせ内容 | |
| お名前 | |
| ご住所 | |
| お電話番号 | |
| F A X 番号 | |
| E-Mail アドレス | |
| 年齢 | |
| ご家族 | |
| 返信方法 | <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 電話・携帯電話 <input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> 郵便による返信を希望します |

※ご記入内容をご確認の上お送りください。