

**送信先**

株式会社ラン・セル  
**FAX:0800-200-5861**  
 TEL:0800-200-5860

注文受付 AM9:00~PM4:00  
 土曜日 AM9:00~PM12:00 (第二土曜 注文不可)

在庫確認 AM9:00~PM5:00

休日 毎週日曜日・祝日



**ご注文者様**

貴社名:  
 住所:

TEL:  
 FAX:  
 ご担当者様:

注文番号

①依頼内容について

依頼内容	<input type="checkbox"/> 注文	<input type="checkbox"/> 見積	<input type="checkbox"/> 在庫確認
作業内容	<input type="checkbox"/> ガラス交換	<input type="checkbox"/> ウィンドリペア	<input type="checkbox"/> 他作業 ( )
見積依頼の場合 FAX致します	<input type="checkbox"/> 仕切り見積もりのみ必要		<input type="checkbox"/> 定価・仕切り両方必要

②車両情報について

メーカー	<input type="checkbox"/> いすゞ <input type="checkbox"/> UD <input type="checkbox"/> フソウ <input type="checkbox"/> 日野 <input type="checkbox"/> 乗用車メーカー ( )	車名	
型式・車台番号		初年度登録	
型式指定番号/類別区分番号 (軽・乗用車の場合)		プレート番号(車番)	

③作業内容・作業日程について

ガラス交換は下記へ↓

ガラスの箇所	<input type="checkbox"/> フロントガラス <input type="checkbox"/> 他 ( )
ガラスの種類	<input type="checkbox"/> 輸入品 <input type="checkbox"/> 国産社外品 <input type="checkbox"/> 純正品
付属部品関係 (有無どちららかに○をしてください)	フィルムアンテナ 有 無
	※有りの場合 メーカー型番 ( ) 枚数 ( )
	ETCアンテナ 有 無
	ドライブレコーダー 有 無
他 ( )	
ぼかし有無 (フロントガラスの場合)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ブルーボカシ付
作業場所環境	屋根有 ・ 屋根無
作業希望日時	第一希望 月 日 入庫時間: 希望作業時間帯:
	第二希望 月 日 入庫時間: 希望作業時間帯:
	第三希望 月 日 入庫時間: 希望作業時間帯:
その他	

ウィンドリペア・他作業は下記へ↓

傷の個数	個	
他作業・ご質問等		
お聞きになりたい事があればご記入ください。こちらから折り返しお電話致します。		

④※カメラ付きガラス交換時及び自社構内以外での作業時のみご記入ください

エーミング作業	委託先整備工場の手配 ・ トラン・セルへ委託希望
<input type="checkbox"/> ガラス発送のみ <input type="checkbox"/> 作業依頼	
ガラス発送先 作業場所	<p>※ガラス発送先、又は作業場所が、ご注文者様情報と異なる場合は、ご記入ください。              ※御社拠点以外での作業の場合、別途出張費がかかる場合がございます。料金についてはお見積りいたしますのでお問い合わせください。</p> <p>【会社名】</p> <p>【住所】</p> <p>【ご担当者様名】 【電話番号・FAX】</p>