

FAX ご相談シート

年 月 日作成

御社名			
ご担当者様		部署名	
所在地	〒		
TEL		FAX	
E-MAIL			
職種	食品工場 製造工場 物流倉庫 店舗 ガソリンスタンド その他()		
施工場所	施設内部 外構部 店舗 厨房 その他()		
現状	新設 コンクリート打設からの経過日数 日		
	既設 築年数 年		
	下地	コンクリート カラーコンクリート 強化コンクリート アスファルト 木床 その他()	
	下地の状態	ホコリ有り 油汚れ有り カビ・ヌメリ有り デコボコ 塗装ハガレ 段差 キレツ その他()	
	塗装	有り 無し ※有りの場合、塗装経過年数 年	
	塗膜の厚み	1mm 以下 1mm～3mm 4mm～7mm 8mm 以上	
	塗膜の種類	エポキシ アクリル ウレタン FRP Pタイル 長尺シート 水性ペンキ 油性ペンキ その他()	
使用状況 (当てはまる項目にチェック)	<input type="checkbox"/>	水・お湯・熱湯が床面に流れる ※お湯・熱湯の温度 約 °C	
	<input type="checkbox"/>	油が床面に流れる	
	<input type="checkbox"/>	薬品が床面に流れる	
	<input type="checkbox"/>	その他()が床面に流れる	
	<input type="checkbox"/>	大型トラックなどの重量物が走行する	
	<input type="checkbox"/>	フォークリフト・プラッターが走行する	
	<input type="checkbox"/>	台車や歩行などの軽作業のみ	
	<input type="checkbox"/>	その他()	
問題点			
改善要望			
施工規模	全面リニューアル 総平米数(m ²) 部分補修 箇所数(箇所・合計 m ²)		
画像添付	有り 無し ※画像は右記メールアドレスまで info@floorseal.jp		
ご連絡時間	こちらの『FAX ご相談シート』を受け取り次第、当社からお電話にてご連絡を差し上げます。 ご都合の良い、日時・曜日・時間帯等ありましたらお知らせください。 日時() 曜日() 時間帯(時～ 時)		
備考欄			

FLOOR SEAL

(株)フロアーシール

〒342-0034 埼玉県吉川市道庭2-2-21

TEL 048-983-7733

FAX 048-983-7521