

# 見積り依頼 / 発注依頼

株式会社ロマック

〒220-0022 横浜市西区花咲町五丁目136番地14  
タスクセンタービル501号  
TEL 045-315-3416 FAX 045-315-3417

※ご希望の内容に○をお願いいたします

御客様名					御中
ご担当者様	様	連絡先			
ご依頼日		ご希望納品日			
板サイズ 数量	W550×H1400	枚	W700×H1100	枚	
	W1100×H1400	枚	その他 W	×H	枚
枠の取付	無し	有り	反射	無反射	高輝度反射
保護材の取付	無し	まもるくん (クリップ 無・付)	KYスマート フレーム	エアブロック	

## ご迷惑をおかけします

令和 年 月 日まで  
時間帯 : ~ :

**発注者**

電話

監督員

**施工者**

電話

現場代理人

# 見積り依頼 / 発注依頼

※ご希望の内容に○をお願いいたします

株式会社ロマック

〒220-0022 横浜市西区花咲町五丁目136番地14  
タスクセンタービル501号  
TEL 045-315-3416 FAX 045-315-3417

御客様名					御中
ご担当者様	様	連絡先			
ご依頼日		ご希望納品日			
板サイズ 数量	W280×H1400	枚	W550×H1400	枚	
	その他 W	×H		枚	
枠の取付	無し	有り	反射	無反射	高輝度反射
保護材の取付	無し	まもるくん (クリップ 無・付)		KYスマート フレーム	エアブロック

マグネットの有無		
無し	あり	枚

行っています

を予定しています

令和  
年  
月  
日頃まで

令和  
年  
月  
日頃から

発注者

電話

監督員

施工者

電話

現場代理人

# 見積り依頼 / 発注依頼

※ご希望の内容に○をお願いいたします

株式会社ロマック

〒220-0022 横浜市西区花咲町五丁目136番地14  
タスクセンタービル501号  
TEL 045-315-3416 FAX 045-315-3417

御客様名					御中
ご担当者様	様	連絡先			
ご依頼日			ご希望納品日		
板サイズ 数量	W280×H1400	枚	W550×H1400	枚	
	その他 W	×H	枚		
枠の取付	無し	有り	反射	無反射	高輝度反射
保護材の取付	無し	まもるくん (クリップ 無・付)		KYスマート フレーム	エアブロック

マグネットの有無		
無し	あり	枚

## ご迷惑をおかけします

時間

令和

令和

年

:

年

月

,

日

日頃から

:

まで

発注者

電話

監督員

施工者

電話

現場代理人

# 見積り依頼 / 発注依頼

株式会社ロマック

〒220-0022 横浜市西区花咲町五丁目136番地14  
タスクセンタービル501号  
TEL 045-315-3416 FAX 045-315-3417

※ご希望の内容に○をお願いいたします

御客様名					御中
ご担当者様	様	連絡先			
ご依頼日		ご希望納品日			
板サイズ 数量	W280×H1400	枚	W550×H1400	枚	
	その他 W	×H		枚	
枠の取付	無し	有り	反射	無反射	高輝度反射
保護材の取付	無し	まもるくん (クリップ 無・付)		KYスマート フレーム	エアブロック

マグネットの有無		
無し	あり	枚

## 見積り依頼 / 発注依頼

株式会社ロマック

〒220-0022 横浜市西区花咲町五丁目136番地14

タスクセンタービル501号

TEL 045-315-3416 FAX 045-315-3417

※ご希望の内容に○をお願いいたします

御客様名					御中
ご担当者様	様	連絡先			
ご依頼日		ご希望納品日			
必要枚数	建設業の許可票	枚	許可票サイズ	A4 / その他W	×H
看板への取付	W550×H1400	枚	その他 W	×H	枚
枠の取付	無し	有り	反射	無反射	高輝度反射
保護材の取付	無し	まもるくん (クリップ 無・付)		KYスマート フレーム	エアブロック

## 建設業の許可票

商号又は名称					
代表者の氏名					
監理 主任	技術者の氏名	専任の 有 無			
	資格名	資格者証 交付番号			
一般建設業又は 特定建設業の別					
許可を受けた建設業					
許可番号	許可 (    -    ) 第    号				
許可年月日	平成    年    月    日				

# 見積り依頼 / 発注依頼

株式会社ロマック

〒220-0022 横浜市西区花咲町五丁目136番地14  
タスクセンタービル501号  
TEL 045-315-3416 FAX 045-315-3417

※ご希望の内容に○をお願いいたします

御客様名					御中
ご担当者様	様	連絡先			
ご依頼日		ご希望納品日			
必要枚数	労災保険関係成立票	枚	許可票サイズ	A4 / その他W	×H
看板への取付	W550×H1400	枚	その他 W	×H	枚
枠の取付	無し	有り	反射	無反射	高輝度反射
保護材の取付	無し	まもるくん (クリップ 無・付)		KYスマート フレーム	エアブロック

## 労災保険関係成立票

保険関係成立年月日	年 月 日
労働保険番号	
事業の期間	自 年 月 日 至 年 月 日
事業主の住所氏名	
注文者の氏名	
事業主代理人の氏名	