

リノベーションプランシート

TEL 025-525-3620 FAX 520-4278

美空間デザイン事務所 行

ふりがな		年齢	
お名前		才	ご職業
ご住所	〒 -		TEL
			FAX
			携帯
施工場所 住所	〒 -	* 施工場所と上記住所が異なる場合にご記入ください。	E-mail

〔希望条件〕

* ご希望の項目に印を付けてください。

建物種類	<input type="checkbox"/> 戸建(木造在来工法) <input type="checkbox"/> 戸建(2×4) <input type="checkbox"/> 戸建(プレハブ) <input type="checkbox"/> 戸建(鉄骨造) <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他
築年数	()年
ご希望プラン (複数可)	<input type="checkbox"/> キッチン <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 洗面 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> テラス <input type="checkbox"/> お庭 <input type="checkbox"/> 外壁 <input type="checkbox"/> 洋室 <input type="checkbox"/> 和室 <input type="checkbox"/> リビング <input type="checkbox"/> 前面改装 <input type="checkbox"/> 中古住宅購入+リノベーション <input type="checkbox"/> その他()
重視する点	<input type="checkbox"/> 価格 <input type="checkbox"/> プラン <input type="checkbox"/> 技術 <input type="checkbox"/> その他()
ご予算	()万円 位
家族構成	総数()人 うち 子供()人 お年寄り()人
リノベーション時期	<input type="checkbox"/> すぐ <input type="checkbox"/> 3ヶ月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 未定
ご計画の概要	(リノベーションの規模、建築計画床面積 m ² 位)
その他具体的な ご相談内容	
ご相談形態	<input type="checkbox"/> 訪問希望 <input type="checkbox"/> メール希望 <input type="checkbox"/> 電話希望 <input type="checkbox"/> FAX希望