挿入方向

FAXお問い合わせシート

送信先
施設予約システム　コールセンター　行 FAX：0570-037-489（24時間受付） TEL：0570-073-489（ナビダイヤル） （平日9時から17時まで）

送信元	
団体名（団体のみ）	
所属部署名[任意]（団体のみ）	
お名前[必須]　※1	様
カード番号[任意]	
FAX番号[必須]　※1	
電話番号　※2	

送信日	年　　月　　日

送信枚数(本紙含む)	枚

ご利用の端末又はメディア ※3	□PC　かんたん操作　□PC　多機能操作　□スマートフォン　□携帯電話　□施設窓口端末
ご利用の環境 ※4	OS：　ブラウザ： 機種名：
自治体名　※5	
施設名	
お問い合わせ内容 ※6	

※1　[必須]項目にご記入がない場合、回答できません。
※2　コールセンターから回答のFAXが送信できない場合のご連絡先として、お電話番号をご記入ください。（必須ではありません。）
※3　サービスを利用する「端末又はメディア」のチェックボックスにチェックを入れてください。
※4　サービスを利用する端末の「OS」及び「ブラウザ」を記入してください。
　　携帯電話又はスマートフォン等でサービスを利用する場合は、「機種名」を記入してください。
※5　利用施設を管理している自治体を記入してください。
※6　できるだけ詳細に記入してください。
　　また、エラーが表示される場合は、エラーが発生した状況やメッセージ内容を必ず記入してください。

●お預かりした個人情報は、ご質問に対する回答を送信する目的以外では使用致しません。
　また、回答送信後、個人情報は破棄させていただきます。