

塗床工事 概算見積依頼用チェックシート【屋内用】

石塚株式会社 行

FAX 06-6441-0811

* は必須項目です。

記入日付：令和 年 月 日

現場情報		
* ①新設案件か改修案件か	新設 ・ 改修	
* ②現場名		
* ③現場住所		
* ④施工エリア（例：溶剤保管エリア等）	どういったエリアに施工するか _____	
* ⑤ご希望納期		
施工環境		
* ⑥既存床の種類	塗床（厚膜・薄膜） ・ 長尺シート ・ コンクリート ・ その他 _____ 当時の施工・打設時期が分かれば _____年 _____月頃	
* ⑦施工面積	_____㎡	
* ⑧リフト・搬送車・台車の走行	有 ・ 無	（有の場合、重量約 _____kg）
* ⑨薬品類の使用	有 ・ 無	（有の場合、薬品名 _____）
* ⑩クリーンルームかどうか	はい ・ いいえ	（はいの場合、クリーンルームクラス _____）
* ⑪換気の為の空調機の24時間使用	可 ・ 不可	
塗床材の種類等		
* ⑫厚み	厚膜 ・ 薄膜	（おおまかな厚みのご希望があれば _____mm）
* ⑬帯電防止性	要 ・ 不要	（要の場合、抵抗値 _____Ω）
* ⑭その他機能	抗菌・防滑・耐久など、ご希望があれば _____	

※無料で現地調査お伺い致します。

現地調査後、正式見積りを提出させていただきます。

※写真や図面がございましたらご提供いただけると幸いです。

貴社ご連絡先