

FAXによるお申込(24時間受付中)

FAX:045-475-2288

ワンダーグローブ(朝日株式会社横浜支店) 査定依頼FAX用紙

※車検証に電話番号を書いてお送り頂いても結構です。

車両情報				※車検証をご参照下さい。
メーカー/車種				
グレード		初年度登録	年 月	
型式		車検	年 月 / 無	
走行距離	Km	事故歴	あり / 無 / 不明	
売却希望時期	今すぐ / 年 月頃	色		
形状	<input type="checkbox"/> 平ボディ <input type="checkbox"/> アルミウイング <input type="checkbox"/> バン <input type="checkbox"/> 冷蔵冷凍車 <input type="checkbox"/> ハイジャッキセルフ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> パッカー車 <input type="checkbox"/> クレーン付き(段) <input type="checkbox"/> ダンプ <input type="checkbox"/> セルフローダー <input type="checkbox"/> トレーラー(ヘッド・セミトレ・セット) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 大型~小型バス(福祉・送迎・観光・マイクロバス)			

重機・その他の情報			
メーカー			
型式		製造番号	
アワーメーター	h	年式	年 月 / 無
色		故障歴	あり / 無 / 不明
売却希望時期	今すぐ / 年 月頃		
形状	<input type="checkbox"/> 油圧ショベル <input type="checkbox"/> ミニ油圧ショベル <input type="checkbox"/> ブルドーザー <input type="checkbox"/> ラフタークレーン <input type="checkbox"/> タイヤローラー <input type="checkbox"/> フォークリフト <input type="checkbox"/> グレーダー <input type="checkbox"/> アスファルトフィニッシャー <input type="checkbox"/> その他()		

お客様情報			
*お名前 (会社名・ご担当者名)		*都道府県・市郡	都道府県 市郡
*固定電話		FAX	
携帯電話		E-Mail	

査定理由やアピールポイントなどあればご記入下さい。	
備考欄	

ワンダーグローブ
朝日株式会社横浜支店
電話:045-475-2277

〒222-0033

神奈川県横浜市港北区新横浜2-2-3 新横浜第一竹生ビル307

FAX:045-475-2288