

OMCハウジングサポート 住宅相談申込書



◎ご相談の内容をご記入ください。

年 月 日

マンション	ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 資料請求	<input type="checkbox"/> 紹介希望
	ご希望 メーカー名 及び、物件名	
一戸建て	ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 資料請求	<input type="checkbox"/> 紹介希望
	ご希望 メーカー名 商品名・パンフレット名	
	ご検討内容	<input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 建て替え(階建 / <input type="checkbox"/> 単世帯・ <input type="checkbox"/> 二世帯)	
	用途	<input type="checkbox"/> 住居専用 <input type="checkbox"/> 医院・診療所 <input type="checkbox"/> 医院併用住宅 <input type="checkbox"/> その他	
土地	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 探している(方面 坪)		
リフォーム	ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 資料請求	<input type="checkbox"/> 紹介希望
	物件の形態	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 医院・診療所 <input type="checkbox"/> 医院併用住宅 <input type="checkbox"/> マンション	
	リフォームの ご要望・内容	
	ご希望の会社名	
リゾート	ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 資料請求	<input type="checkbox"/> 紹介希望
	ご希望の施設名	
高齢者住宅	ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 資料請求	<input type="checkbox"/> 紹介希望
	ご希望の施設名	
生活関連	ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 資料請求	<input type="checkbox"/> 紹介希望
	ご希望の施設名	

★印箇所は必ずご記入ください。

ご予算	万円位	ご検討時期	平成	年	月頃	購入・着工・入居
氏名★	医療機関名★					
住所★ <small>(自宅・勤務先)</small>	〒					
連絡先TEL★	自宅・勤務先	FAX	自宅・勤務先			
E-mail	氏名コード					

※資料をお申込みいただいた方には、ご希望の提携企業よりカタログを郵送または、直接お届けする場合がございますので、ご了承ください。
また、お申込みいただいた方の個人情報、OMC個人情報保護方針に基づき、OMC及び紹介先提携企業それぞれの責任において管理させていただきます。他の目的には一切使用致しません。

大阪府医師協同組合
ハウジングサポート係
〒542-8580
大阪市中央区上本町西3丁目1番5号

0120-14-0581