

お問合せ専用FAX用紙

コバック千歳店 行き

FAX番号 0123-49-2018

お名前

電話番号

FAX番号

住所

お車のことについてお答え下さい。

車名

車検期限

年

月

日

初年度登録

年

月

日

新車からの車検回数

回

車体番号

車両重量

登録番号(ナンバープレート)

入庫ご希望日

年

月

日

その他ご要望など