

受付No. _____

沖縄県建築設計サポートセンター
TEL 098-879-1020
FAX 098-879-1026

※相談希望の方は、必ず太線枠全て記入し右宛先へFAXして下さい。

相談票

相談者	ふりがな
	社名
	氏名
	【連絡先】住所: 電話: _____ FAX: _____
相談方法: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール	
相談者区分: <input type="checkbox"/> 所有者 <input type="checkbox"/> 建築士 <input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> 他()	

※同席する技術者がいる場合は下記をご記入下さい。

同席する技術者 社名: _____ 氏名: _____
所属: 会員区分()、業種区分()

相談内容

相談種別:	<input type="checkbox"/> 耐震診断	<input type="checkbox"/> 耐震改修・補強	<input type="checkbox"/> 耐久性(劣化)	<input type="checkbox"/> 他()
建築物概要	昭和・平成	年築	建物用途:	構造種別: _____ 造
	階数:	延床面積:	m ²	建物の市町村名: _____
	既存資料:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		

回答

※相談希望日に添えない場合があります、ご了承下さい。
※個人情報、相談者名簿の作成のみに活用します。

相談日	回答方法	回答日	受付者	担当者	返信者

(アンケート)
・耐震診断の実施を検討しているか 実施予定 検討中 予定無し 不明
・耐震診断・改修を実施するにあたって、課題・支障となっているのはなにか。()