

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 プロティ(有・無) _____
	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。()