

イベント実施をお考えのお客様へ

大阪城内並びに近隣でのイベントに関するレンタル物件の手続き、相談を西尾レントオール大阪城事務所にて承っております。
大阪城事務所 TEL 06-6943-8024 FAX 06-6943-8025

【はじめに】

当社、西尾レントオール株式会社では、イベントに係わるレンタル商品を取り扱っております。

大阪城内以外のレンタル時にも、当社のRA大阪営業所にて受け付けております。

TOP画面の「イベント用レンタルはこちらをクリック」をクリックして頂きますとRA大阪へとリンクします。ぜひご利用ください。

また、大阪城公園内に事務所を置き、ロードトレインの運行以外に城内施設を利用したイベントにも携わっております。

公園内の施設、大阪城ホールや太陽の広場、大阪野外音楽堂など手順の流れや相談も含め、実際にイベントで使用する商品の見積から納入までトータルでサポートさせて頂きたいと思っております。

下記のお問合せ方法の流れにより、ご相談を受け付けております。

●お問合せ方法●

①PDFから所定の「お問い合わせ」フォームをプリントアウトします。

↓

②各項目に必要な事項を記入して頂き、FAXにてご返送をお願いします。

* FAX送信はご希望をお伺いするものです。

↓

③内容を確認の上、お客様に電話でご連絡差し上げます。

↓

④状況に応じて見積書送付等進めて参ります。

PDF「お問い合わせ」フォームへ

FAX専用「お問い合わせ」フォーム

FAX番号 06-6943-8025 西尾レントオール(株)大阪城事務所宛

弊社からのご返信をもって送信内容のお引き受けとさせていただきます。

返信がない場合は何らかの事情でFAXが通信不良の場合がございます。お電話等でのご確認をお願い致します。
尚、在庫の状況により、お見積り依頼・ご注文にお応えできない場合がございます。

【お客様情報】★は必須項目です

| | | | |
|------------------------------|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 送信内容 | ★ | <input type="checkbox"/> まず、「見積り」がほしい | <input type="checkbox"/> ご注文 |
| ご利用形態 | ★ | <input type="checkbox"/> 個人様でご利用 | <input type="checkbox"/> 法人(団体)様でご利用 |
| 会社名(団体名) | | | 部署名 |
| 氏名(フルネームで) | ★ | フリガナ | |
| 住所(自宅・会社)★ (ビル名 部屋番号まで記入) | | 〒□□□-□□□□ | |
| TEL&FAX | ★ | TEL - - | FAX - - |

【レンタル期間・商品情報】

| | | |
|--|--|--|
| 商品の受渡し方法 (いずれか1つにチェック)★ | <input type="checkbox"/> 「店頭渡し」希望 | <input type="checkbox"/> 「配送(往復)」希望 |
| | <input type="checkbox"/> 「納品(往路のみ)」希望 | <input type="checkbox"/> 「回収(復路のみ)」希望 |
| 現場の環境確認★ (いずれか1つにチェック) | <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外(コンクリート・アスファルト・砂・土) | |
| レンタル希望商品 (ご自由にご記入ください) | [記入例:会議用テーブル1800×450 10台] | |
| レンタル開始日(=出庫日又は納入日)★ | 西暦 | 年 月 日 |
| 納品希望時間(納品希望の方のみ) ※チェックなしの場合は「日中」を適用させていただきます。 | <input type="checkbox"/> 日中(弊社営業時間内) | <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後 |
| | <input type="checkbox"/> 厳密な時間指定を希望 → | 時 分(記入例:10時30分) |
| レンタル終了日(=返却日&引取日)★ | 西暦 | 年 月 日 |
| 回収希望時間(回収希望の方のみ) ※チェックなしの場合は「日中」を適用させていただきます。 | <input type="checkbox"/> 日中(弊社営業時間内) | <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後 |
| | <input type="checkbox"/> 厳密な時間指定を希望 → | 時 分(記入例:17時00分) |

【利用予定場所】※配送をご希望のお客様のみご記入ください。

| | |
|-----------------------------|---|
| 配送先の住所 (いずれかにチェック) | <input type="checkbox"/> 同上 〒□□□-□□□□ |
| | <input type="checkbox"/> その他→ |
| 配送先詳細(店舗名、担当者名等) | 重要→ |
| 設営・撤去作業の有無 (いずれか1つにチェック) | <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 「設営・撤去」の両方を希望 |
| | <input type="checkbox"/> 「設営作業」のみ希望 <input type="checkbox"/> 「撤去作業」のみ希望 |
| 現場でのご連絡先 (緊急連絡先) | <input type="checkbox"/> 同上 様/携帯電話番号 - - |
| | <input type="checkbox"/> その他→ 様/携帯電話番号 - - |
| 現場での注意点 (該当全てにチェック) | <input type="checkbox"/> 敷地内に「駐車スペース」あり <input type="checkbox"/> 「搬入許可」が必要 |
| | <input type="checkbox"/> 搬入車両高さ制限有り(H m) <input type="checkbox"/> 階段(階)★必須 |
| | <input type="checkbox"/> 業務用エレベーターあり <input type="checkbox"/> 一般用エレベーターあり |
| | <input type="checkbox"/> 搬入経路に「十分なスペース」がある <input type="checkbox"/> 小階段がある(約 段) |
| | <input type="checkbox"/> 業務用カゴ台車の使用が可能 <input type="checkbox"/> スタッフの手伝いが可能 |

【ご返信方法】※FAXでお返事をご希望のお客様は、必ずFAX番号をご明記下さい。

| |
|--|
| ご返信方法(いずれかチェック)★ |
| <input type="checkbox"/> FAXで見積り希望 <input type="checkbox"/> 電話連絡希望 |
| 原則営業時間内でのご対応とさせていただきます。 |

| |
|--|
| 同意項目 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 「個人情報保護方針(プライバシーポリシー)」 |
| 「レンタル約款」に同意します。 |

| |
|-------------------------|
| ■お問い合わせ |
| 〒540-0002 大阪市中央区大阪城3-14 |
| 西尾レントオール株式会社 |
| 大阪城トレイン課 大阪城事務所 |
| TEL06(6943)8024 |
| FAX06(6943)8025 |