

下記のフォームにご記入の上カク企画までFAXしてください。

ご相談日平成 年 月 日

設計ご相談シート

カク企画1級建築士事務所

TEL092-571-6999,FAX092-502-1294

	施主名												
	建築場所												
1	敷地形状	間口	m	奥行	m	敷地面積	m ²	坪					
	道路形状	道路幅員			m	道路位置	<input type="checkbox"/> 東	<input type="checkbox"/> 南	<input type="checkbox"/> 西	<input type="checkbox"/> 北			
	用途地域	<input type="checkbox"/> 第一種低住専		<input type="checkbox"/> 第二種低住専		<input type="checkbox"/> 第一種中住専		<input type="checkbox"/> 第二種中住専					
		<input type="checkbox"/> 第一種住居		<input type="checkbox"/> 第二種住居		<input type="checkbox"/> 準住居		<input type="checkbox"/> 他					
	建蔽率	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 70%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 90%	<input type="checkbox"/> 他	%				
	容積率	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 150%	<input type="checkbox"/> 200%	<input type="checkbox"/> 他	%				
	構造	造 階建											
	ご希望工事費	万円				円/坪							
	ご希望建坪	坪~				坪							
2	家族構成	<input type="checkbox"/> 祖父		才	<input type="checkbox"/> 祖母		才	<input type="checkbox"/> ご主人		才	<input type="checkbox"/> 奥様		才
		<input type="checkbox"/> お子様男・女		才	<input type="checkbox"/> お子様男・女		才	<input type="checkbox"/> お子様男・女		才	<input type="checkbox"/> お子様男・女		才
		<input type="checkbox"/> 他		才	<input type="checkbox"/> 他		才	<input type="checkbox"/> 他		才	<input type="checkbox"/> 他		才
2	駐車スペース	<input type="checkbox"/> 普通車		台	<input type="checkbox"/> 軽自動車		台	<input type="checkbox"/> 自転車		台	<input type="checkbox"/> 他		台
2	ご希望間取り	階	室名		広さ	数	階	室名		広さ	数		
					帖					帖			
					帖					帖			
					帖					帖			
					帖					帖			
					帖					帖			
					帖					帖			
3	外観イメージ	<input type="checkbox"/> 和風		<input type="checkbox"/> 洋風		<input type="checkbox"/> 輸入住宅		<input type="checkbox"/> モダン		<input type="checkbox"/> 他			
	屋根デザイン	<input type="checkbox"/> 寄棟		<input type="checkbox"/> 切妻		<input type="checkbox"/> 入母屋		<input type="checkbox"/> ドイツ屋根		<input type="checkbox"/> 他			
	外壁デザイン	<input type="checkbox"/> タイル調		<input type="checkbox"/> サテイング		<input type="checkbox"/> 吹付		<input type="checkbox"/> タイル&吹付		<input type="checkbox"/> 他			
	その他ご希望												
備考欄													
お名前													
住所		〒											
電話番号		() -				FAX			() -				

1地積測量図等ございましたらFAXをお願いします

2印の欄はプランニングご希望の方以外は記入されなくて結構です

3印の欄はご希望のデザインの参考資料等があれば助かります

ご依頼はシート記入の上FAXでお願いします

納品は受注後7日以内FAX致します