



ご記入日	年	月	日
お客様番号			

いつもご利用いただき、誠にありがとうございます。
必要事項をご記入のうえ、**FAXにて**ご返信ください。
品物が精錬所に到着次第、お預かり伝票をお送りいたします。

■太枠内にもれなくご記入ください。

管理番号

フリガナ	フリガナ
医院名・技工所名	お名前
〒	
ご住所	
TEL	FAX

■新規のお客様・お振込み先変更のお客様は、お振込み先を下記にご記入ください。

前回と同じ口座の場合は右記口に
チェックを入れてください。▶

銀行名	支店名
口座番号	当座 ・ 普通 番号
フリガナ	
名義名・口座名	

ゆうちょ 口座番号	店番	当座 ・ 普通 ・ 貯蓄	番号
フリガナ			
名義名・口座名			

■集塵機粉・床ゴミなどの低品位物は、回収にお伺いする形でのお取り引きとなります。該当するお品物を○で囲んでください。

撤去冠	キャストくず	集塵機粉	床ゴミ	(その他:)
-----	--------	------	-----	---------

※集塵機粉・床ゴミなどの低品位物につきましては、ご記入いただいた連絡先に折り返し日本メディカルテクノロジー(株)の担当者よりご連絡させていただき、回収日等の確認をいたします。
また、エリアや量によっては回収にお伺いできない場合がございます。あらかじめ、ご了承いただきますよう、よろしくお願いいたします。

■容器(無償)をご希望の方は下記にご記入ください。後ほど、容器をお送りいたします。

192-1049	プラスチックケース	内寸φ72×高さ85mm	個	192-3021	プラスチックバック	内寸幅165×高さ205mm	枚
----------	-----------	--------------	---	----------	-----------	----------------	---

FAX送信先
[24時間受付]

フィード株式会社 カスタマ・サービスデスク
FAX ☎ 0120-004-506

キリトリセン

回収品同封書

すべての項目にご記入いただき、切り取った用紙を**お品物と一緒に**お送りください。

ご記入日	年	月	日
フリガナ	フリガナ		
医院名・技工所名	お名前		
TEL	お客様番号	お品物	

品物送付先

日本メディカルテクノロジー株式会社

〒176-0014 東京都練馬区豊玉南2-20-3 リサイクル窓口宛 TEL 03-3993-2211

「コピーをとってお使いください。」