



貴金属買取サービス 申込書 FAX 0120-004-506

お客様番号
記入必須

ご注文日
(FAX送信日)
記入必須

月日

送信枚数

枚目 / 枚中

2枚以上の時に
ご記入ください

回収品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	

■お振込み先をご記入ください。

(新規にお申し込みのお客様・お振り込み先変更のお客様は、お振り込み先を下記にご記入ください。)

■お振込み先が前回と同じお客様は、
右記□に✓をご記入ください。

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、ご了承くださいませよう、よろしく願いいたします。

■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	プラスチックパック	内寸幅165×高さ205mm	枚
----------	-----------	--------------	---	----------	-----------	----------------	---

FAX
送信先

フィード株式会社

〒220-6119 横浜市西区みなとみらい2-3-3 クイーンズタワーB 19階

FAX 0120-004-506

24時間受付 ●番号はおかけ間違いのないようお願いいたします。

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、切り取った用紙を回収品と一緒に着払いでお送りください。

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

回収品
送付先

日本メディカルテクノロジー株式会社

〒176-0011 東京都練馬区豊玉上2-2-5 桜台ツーウッズビル2階 リサイクル窓口宛 TEL 03-3993-2211

用紙番号
D51-13