

# FEED 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	<input type="text"/>	ご注文日 (FAX送信日) 記入必須	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	送信枚数	<input type="text"/>	枚目 / 枚中	2枚以上の時に ご記入ください
---------------	----------------------	--------------------------	----------------------	---	----------------------	---	------	----------------------	---------	--------------------

※左詰め6桁または7桁のお客様番号をご記入ください。

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	<b>フィード株式会社</b>	<b>FAX 0120-004-506</b>
	〒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	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
フリガナ				医院名・技工所名	お名前
TEL				お客様番号	回収品

回収品 送付先	<b>日本メディカルテクノロジー株式会社</b>	用紙番号 <b>D2505</b>
	〒163-0558 東京都新宿区西新宿1-26-2 新宿野村ビル6F リサイクル窓口宛 TEL 03-6758-0089	