



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。)				■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	プラスチックパック	内寸幅165×高さ205mm	枚



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			
医院名・技工所名		お名前			
TEL		お客様番号		回収品	



日本メディカルテクノロジー株式会社

〒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

用紙番号
D52-13W