



Cjメディカル FAX 0120-418167



回収精製依頼書

受付窓口
株式会社 歯愛メディカル

〒929-0004
石川県白山市旭丘2-6
TEL : 076-278-8800

依頼にあたりお手数ですが、下記の事項をご記入頂き
CiメディカルまでFAX送信してください。

依頼書を確認後、回収キットをお送りいたします。

業務委託先
横浜金属株式会社

※最低依頼量：200g以上とさせていただきます。

回収ボトルの半分以上(点線部分)を目安にお願いいたします。

ご記入日	年	月	日
------	---	---	---

フリガナ 依頼主 (お名前)			
ご住所	〒 —		
フリガナ ご担当者名			
TEL	— —	FAX	— —
ご連絡方法	TEL希望 ・ FAX希望 ・ PCメール希望 ・ 携帯メール希望		
メールアドレス	注:PDFファイルが見られるアドレス		

振込方法 原則的には銀行振込になりますが、現金書留を希望される場合のみ○をご記入ください。⇒ **現金書留**

銀行	フリガナ 銀行名	フリガナ 支店名	支店 本店 支所
	□ 座	当座 ・ 普通 No,	

銀行 口座 番号	□ 座番号
----------------	-------

フリガナ 名義・加入者名	
-----------------	--

要望及び備考:

※到着後、検品・検量を行いご連絡いたします。納期は荷着後約12営業日ほど掛かりますことをご承知ください。

検印欄

承認 印	精製報告 検印	検量報告 検印	検品・検量 検印
---------	------------	------------	-------------