

使用済みカートリッジ回収依頼票

FAX 011 - 769 - 9544

北日商事株式会社
業務センター

行

下記の必要事項をご記入の上、FAX送信して下さい。

お申し込み日 平成 年 月 日 送信

1. まずお客様情報をご記入下さい。

ふりがな	
法人名	

部署名		役職	
-----	--	----	--

ふりがな	
ご担当者名	

ご住所	〒	都道府県	

ビル、マンション名および号室など詳しくご記入下さい。

電話番号		FAX番号	
------	--	-------	--

2. 回収ご希望のカートリッジ名をご記入下さい。

カートリッジ名	ご使用プリンタ名	回収本数
		本
		本
		本
		本
		本
		本

3. FAX送信し、回収をお持ち下さい。

不明点があった場合、確認の為、当社よりお電話をさせていただく場合がございます。

カートリッジは箱に詰め、新聞紙等で保護して下さい。

箱数が複数の場合、テープなどでひとまとめにして 個口数を減らして下さい。

資源循環型リサイクル社会に向かっていきましょう