

エコ生活倶楽部 使用済みカートリッジ回収依頼票

FAX011-769-9544

北日商事株式会社 行 下記の必要事項をご記入の上、FAX送信して下さい。
業務センター

お申し込み日 平成 年 月 日 送信

1. 回収先の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
	合計本数	本
<input type="checkbox"/> 回収不可能日を あらかじめご記入ください	無・有[<input type="text"/>]	合計個口数 <input type="text"/> 個口

※時間指定 および お申し込み後の変更はできません。

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。
- お申し込み完了後の回収予定日変更等は訪問した運送会社ドライバーと直接行ってください。
- お申し込み後、運送会社への手配等準備が行われますので、お申し込み後のキャンセルはご遠慮ください。
- カートリッジは箱に詰め、緩衝材もしくは新聞紙等で保護して下さい。
- 箱数が複数の場合、紐やテープなどでしっかりとまとめて 個口数を減らして下さい。
(複数本の場合、4~5本以上で1個口になるようにお願いします。)