

使用済みトナーカートリッジ回収依頼書

有限会社セイフティプラン行き FAX:0749-21-6666

送信日:平成 年 月 日 :

>>ご依頼人<<

TEL		FAX	
社名		担当者	
住所	〒		

>>回収先<< 同上・下記指定先

回収先 TEL		回収先 FAX	
回収先名称		担当者名	
回収先住所	〒		

>>回収カートリッジ型番<<

カートリッジ型番	数量

>>回収日<<

※ご希望日をご記入ください。

年 月 日 希望

※ ご指定のない場合は翌日、また、14時以降のご依頼で翌々日の回収となります。

※ 土曜・日曜・祝祭日にご依頼の場合は、休日明け営業日にての手配となります。

※ 回収に際してご希望日にお応えできない場合がございますが、予めご了承下さい。

※ ご使用済みカートリッジが発生致しましたら、弊社まで FAX で送信してください。後日、運送会社の担当ドライバーがご指定の回収先まで受け取りにお伺い致します。

※ 回収数量が数本に渡る場合には、お手数をお掛け致しますがガムテープなどで仮留めなりして頂き、なるべく1小口にまとめてくださいます様、お願い申し上げます。