

コニカミノルタプリンター回収センター 宛
FAX: 0120-95-6622

回 収 依 頼 書

申し込み日	年 月 日
-------	-------

①お客様情報

1)会社名			
2)住所	〒 -		
3)部署名		4)担当者名	
5)電話番号		6) F A X番号	
7)所有権所在	☐ リース物件 ☐ お客様資産		
8)コニカミノルタとの取引状況	☐ 有 ☐ 無 (有の場合:代理店名)		

②回収先 (回収先が①と異なる場合にご記入ください)

1)会社名			
2)住所	〒 -		
3)部署名		4)担当者名	
		5)代行者名	
6)電話番号		7) F A X番号	

③回収製品情報

1)商品名	
2)台数	

④回収先情報

1)立会者		2)フロア-階数	階
3)エレベーター	☐ 有 ☐ 無	4)台車使用	☐ 可 ☐ 不可
5)搬出路に 段差・階段	☐ 有 ☐ 無 (有の場合、箇所数/段数/段の高さ(cm)をご記入下さい)	6)駐車場	☐ 有 ☐ 無
7)駐車場の 高さ制限	☐ 有 (mまで) ☐ 無	8)間口が狭く機器 が通れない箇所	☐ 有 ☐ 無