

FAX 072-966-3213

カートリッジ回収依頼書

必要事項をご記入いただき、FAXにてご依頼ください。

会社名※	
部署名	
ご担当者名※	
郵便番号	〒 -
ご住所※	
ビル名	
ご連絡先電話番号※	
ご連絡先FAX番号※	
回収希望日	年 月 日（翌営業日以降をご指定下さい）
回収本数※	本（おおよその回収本数をご記入下さい）
回収商品名※	
備考	

- ・※のついた項目は必須項目です。
- ・回収対象カートリッジをご確認ください。
- ・回収希望日は受付時間内（月～金曜日9:00～16:00）にご依頼いただく場合、翌営業日以降をご指定下さいませ。16:00以降にご依頼いただいたFAXにつきましては、翌営業日の受付扱いとなります。ご希望にそえない場合もございますので、ご了承くださいませ。
- ・回収希望日の指定がない場合3日～4日で回収にお伺いします。
- ・個人情報の取り扱いについては、弊社ホームページ「プライバシーポリシー」をご覧ください。

ホームページ掲載用

<<お問い合わせ先>>
株式会社ディエスジャパン
TEL:072-963-0044