

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

回収依頼書

申し込み日	年 月 日
-------	-------

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) FAX 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)

回収先 (回収先が 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) FAX 番号	

回収製品情報

1) 商品名	
2) 台数	

回収先情報

1) 立会者		2) 刃- 階数	階
3) エレベーター	有 無	4) 台車使用	可 不可
5) 搬出路	段差: 有 無	6) 駐車場	有 無
7) 高さ制限	有 (mまで) 無		