日本カーリット㈱化薬部　廃発炎筒回収窓口行　　FAX:03－6685－2050

廃発炎筒回収依頼書 ＜FAX用紙＞

依頼日をご記入ください。

ご依頼日 ××××年 ×× 月 ×× 日

廃棄管理伝票の右上6桁の数字を記入ください。
（廃棄管理伝票がお手元に無い場合は不要）

※専用回収箱はすでにお買い求めいただいておりますか？　　はい

※　回収箱排出時に１枚の廃棄管理伝票を添付してください。（回収箱複数でも１回の排出で1枚のみ）

廃棄管理伝票No.	No.	○	○	○	○	○	○

（廃棄管理伝票の右上の６桁の数字をご記入ください。）　※お手元は廃棄管理伝票が無い場合は記入不要です。

※　ユーザーコードがない場合は、コードは記入せず他の項目を
＜ユーザーコードは弊社が付与するコードです。＞

事業者区分を選択ください。

事業者区分	□ 1. 部品販売・整備関連事業者　□ 2. 使用済自動車処理関連事業者 □ 3. 自動車輸出関連事業者　□ 4. その他（　　）
※ユーザーコード	○○○○○○○○○○○○○○○
会社名	ハイフレヤー㈱
お客様（排出者）の情報となります。	××部
担当者名	発炎筒　炎子
住　　所	〒 ××× － ×××× 東京都千代田区〇〇町××番地
電話番号	TEL：　03-××××-××××
FAX番号	FAX：　03-××××-××××
e-mail	××××@××××.●●.jp

※　上記が排出者様の情報となり、集荷先となります。

総本数と箱数をご記入ください。

依頼箱数	？？？　箱	
依頼本数	？　本	
ガラス破壊具付製品の有無	□　あり	□　なし

希望日	第1希望：××××年 ×× 月 ×× 日	第2希望：××××年 ×× 月 ×× 日
	※　ご依頼日より**7営業日以降**で希望日を指定ください。（時間指定不可）	

依頼日より７営業日以降で第１希望日、第２希望日をご記入ください。

―個人情報の取り扱いについて―
●ご記入いただいた個人情報は、弊社がお客様へ提供する「廃発炎筒回収」サービス以外に一切使用いたしません。
●当該個人情報は、弊社及び業務委託先会社のみが取り扱い、その他第三者には一切提供しません。

＜以下、弊社使用欄＞

※廃棄管理伝票の送付及び詳細は別途案内書にてお知らせ致します。