㈱カーリット化薬部　廃発炎筒回収窓口行　　FAX:03－6685－2050

お申し込み　＜廃発炎筒専用回収箱注文書＞

依頼日をご記入ください。

ご依頼日　××××年　××　月　××　日

ﾕｰｻﾞｰｺｰﾄﾞが不明な場合は記入不要です。

①お申込みお客様情報（申込書のご担当者名が請求先となります。）

※　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記入してください。

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㈱
住　所 ※請求書等の送付先を、ご記入下さい。 （請求書の送付先情報となります。）	〒 ××× － ×××× 東京都千代田区○○町××番地
電話・FAX番号	TEL：　03-××××-××××　　FAX：　03-××××-××××
部署名・ご担当者名※	××部　　発炎筒　炎子　　定休日：　月・火・水・木・金
箱送付先住所 ※上記住所と異なる場合のみご記入下さい。	〒　　－ 専用箱の送り先が請求書の送付先の情報と異なる場合のみご記入ください。
電話・FAX番号※	TE
部署名・ご担当者名※	

購入希望箱数をご記入ください。
注意：１～５箱まで

② 注文内容

購入箱数	？？　箱
箱代金	3,000円／箱　（別途箱送料） （箱代金1,300円、排出時の集荷費用1,700円） ※集荷費用：沖縄本島、淡路島、佐渡島は別料金
支払い方法 （必ず選択下さい。）	ご希望のお支払い方法を選択ください。 □ 代引き（代引き手数料はご負担ください。）　□ 振込み（振込み手数料はご負担ください。）

※　箱の御注文は１～５箱まで、それ以上（５箱以上）の場合は５単位で御注文ください。
※　箱送料はお客様のご負担となります。１個口＝１～５箱（２０kg）までを基準に算出致します。
※　代引きの場合には、別途代引き手数料が必要となり、箱到着時の現金払いとなります。
※　振込みの場合には、振込み手数料が必要となり、事前振込みとなります。
※　排出時に、お客様のご都合により排出方法を持込みに変更されても集荷費用の返金は致しません。

㈱カーリット使用欄

□　代引き→代引依頼書→受注処理→請求書　　□　振込み→請求依頼書・郵送→
→入金確認→受注処理→請求書

出荷日：　　小計：

着日：　　受注：

―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。