

医療廃棄物回収申込書

下記の必要項目に ご記入いただきFAXにて ご依頼ください。

【お申込み日 年 月 日】

※入力必須項目となっておりますので必ずご記入下さい。

病院名※	
TEL※	
FAX	

回収予定日返信ご希望の場合のみFAX番号をご記入ください。
※回収予定日ご記入されている場合は、ご希望に沿えない場合のみ返信させていただきます。

缶 回収	<input type="checkbox"/>	20 L缶	×	<input type="text"/>	缶	交換	・	回収
	<input type="checkbox"/>	60 L缶	×	<input type="text"/>	缶	交換	・	回収
	<input type="checkbox"/>	100 L缶	×	<input type="text"/>	缶	交換	・	回収
その他	<input type="checkbox"/>	L容器	×	<input type="text"/>	個	交換	・	回収
	<input type="checkbox"/>	L容器	×	<input type="text"/>	個	交換	・	回収
ダンボール 回収	<input type="checkbox"/>	45 L箱	×	<input type="text"/>	箱			回収
	<input type="checkbox"/>	60 L箱	×	<input type="text"/>	箱			回収
廃プラ 回収	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>	ヶ			回収
ダンボール 注文	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>	セット	※1セット		(5箱組)

備考	
----	--

回収予定日	月	日 ()
-------	---	-------



〒671-1133 姫路市大津区吉美380番地

TEL : 079-274-0323 (メスキュード事業部直通)

受付時間 平日8:00~12:00 13:00~17:00

弊社休業日はホームページにて案内しております。

FAX送付先 ⇨ 079-273-9550

尚 返信ご希望で弊社からの返信が翌営業日の16時まででない場合、届いていない可能性がございますので お手数ですが連絡をお願いいたします。