

空ドラム回収依頼書

年 月 日

貴社名			
ご担当課 ご担当者			
住 所	〒		
電話番号		メールアドレス	
FAX 番号			

回収予定本数			
希望期日	※特に希望がない場合は受信後10日前後で回収に伺いますが、状況により異なりますのでご了承ください。		
回収場所	〒 ※回収に伴う場所が貴社以外の場合は、回収先会社名・担当部署・担当者・TELを明示ください。		
備考			

お申込みに関するお問い合わせ先	
二村産業株式会社	TEL : 052-353-7724
	FAX : 052-351-7720
〒 454-0807 愛知県名古屋市中川区愛知町41-36	