

医療廃棄物回収申込書

下記の必要項目にご記入頂き FAX にてご依頼ください。

【お申し込み日／ 年 月 日】

病院名※	<input type="text"/>
TEL※	<input type="text"/>
缶 回収	<input type="checkbox"/> 20ℓ 缶 × <input type="text"/> 缶 交換 ・ 回収
	<input type="checkbox"/> 60ℓ 缶 × <input type="text"/> 缶 交換 ・ 回収
	<input type="checkbox"/> 100ℓ 缶 × <input type="text"/> 缶 交換 ・ 回収
	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> 缶 × <input type="text"/> 缶 交換 ・ 回収
廃プラ段ボール 回収	<input type="checkbox"/> 45ℓ × <input type="text"/> 箱 回収
	<input type="checkbox"/> 60ℓ × <input type="text"/> 箱 回収
廃プラ 回収	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> ケ 回収
ダンボール 注文	<input type="text"/> ケ 注文 (段ボール1セット・・・5箱組)
備考	<input type="text"/>

※項目は全て必須入力項目となっておりますので、必ずご入力ください。



大和商事株式会社

〒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〉
FAX.079-273-9550

FAX送付先 ▶ 079-273-9550