申込日：　　年　　月　　日

# 配送サービス（佐川急便専用）集荷依頼書

**※2017年3月以前にご購入の西濃運輸伝票付き配送袋は、こちらからの依頼はできません。**
**西濃運輸伝票付袋の集荷は、申し訳ございませんがお近くの西濃運輸営業所へ直接ご連絡お願い致します。**

下記内容ご記入の上、ＦＡＸ　下さい

**ＦＡＸ　：045-900-0295**

発送袋枚数：　　**袋**

※キャップ発送の準備が出来ている袋の数をご記入下さい。

引取り希望日：　　年　　月　　日

※お申込み日から1週間後以降の希望日をご記入下さい。

〒

※ご住所は必ず都道府県もご記入下さい。

ご住所：　　都府
　　道県

ご依頼者名（会社・学校・労働組合・個人・その他の団体）

ご連絡者名：

TEL：　　FAX：

**キャップ集荷場所が依頼者住所と違う場合は、下記にご記入下さい。**

〒

※ご住所は必ず都道府県もご記入下さい。

ご住所：　　都府
　　道県

ご依頼者名（会社・学校・労働組合・個人・その他の団体）

ご連絡者名：

TEL：　　FAX：

備考：

NPO法人 エコキャップ推進協会
ECOCAP

〒231-0023
横浜市中区山下町162-1　横浜飛栄ビル402
TEL：045-900-0294　　http://ecocap.or.jp/