申込日：　　年　　月　　日

配送サービス（佐川急便専用）集荷依頼書

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。

〒　　ID:

※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：

※キャップを入れる量は袋にある線までです。厳守のうえ、しっかり紐をしめてお出しください。

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/