

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。

〒

※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てください。



〒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/>