

## 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 ID

※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（6kg）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。佐川急便のドライバーさんが集荷の際段ボールに入れるよう指示ある場合がございますが、袋のまま集荷できます。輸送中キャップがこぼれぬようお出してください。