

歯科用スクラップ依頼書



FAX番号
044-873-3363

下記の事項をご記入頂き当社まで FAX 送信下さい

※最低依頼量：100g 以上にてお願い致します。

ご依頼窓口

パラBANK

〒213-0033
神奈川県川崎市高津区下作延4-17-10-B5F
TEL 044-862-5320 FAX 044-873-3363

送付日	年	月	日
【送り状 お問合せ番号】			

フリガナ 依頼主(お名前)			
ご住所	〒		
TEL(携帯)		FAX	

依頼 重量	kg		g		入れ物重量となります。 重さに関しましてはわかる範囲でご記入下さい。
依頼 品目	<input type="checkbox"/> 撤去冠 <input type="checkbox"/> 削り粉 <input type="checkbox"/> 鑄造屑 <input type="checkbox"/> その他				
上記の歯科用スクラップを分析・精錬のご依頼を致します。					

お振込方法 ※基本は銀行振込となりますが、現金書留の場合は右記に○してください。⇒ 現金書留		
銀行名	支店名(店番)	
口座番号	当座・普通	貯蓄
ゆうちょ銀行の場合 こちらにご記入下さい。		

--	--	--

* 到着後、検品・検量を行い受書を郵送致します。お支払は約20日間程かかります事をご承知ください。
このたびはご依頼を賜り有難うございました。今後ともお取引の程宜しくお願い申し上げます。