

【FAX】 052 (689) 7584
廃食用油回収お問合せ用紙

貴 社 名	
住 所	
ご 担 当 者	
電 話 番 号	※ご担当者ご連絡のとれる番号をご記入ください。
F A X 番 号	
メー ル ア ド レ ス	
回 收 希 望 店 舗	(店舗・工場名) (住所) 〒 — (月間排出量) リットル程度/1ヶ月 (荷 姿)
回 收 可 能 日 時	1. いつでも可 2. 希望あり (下記にご希望日時をご記入下さい) ・ 指定日程 : 月 日 時頃 (前後1時間の間で回収にお伺いします。) ・ 定期回収日程 : 毎月 第 ・ 曜日 (複数記入可、日曜・祝日以外) ・ 回収可能時間帯 : (記入例 ; ○時~○時の時間帯を除いて可能)

後日改めて当社担当より連絡させていただきます。