

廃棄物 回収見積り依頼書

記入日:平成 年 月 日

(株)名晃 行き FAX:0584-62-3412

| | |
|---------|--|
| 貴社名 | |
| 貴社住所 | |
| 電話番号 | |
| ご発注者名 | |
| 元請様名 | |
| 元請様住所 | |
| 元請様電話番号 | |

| | |
|-----------------------|---|
| ご希望日 | 平成 年 月 日 |
| ご希望時間 | AM ・ PM : ごろ |
| 現場住所 | 〒 |
| 現場名 | |
| 現場卸担当者様連絡先 | 様 携帯(- -) |
| 4tトラックの進入 | 可 ・ 不可 |
| ご希望台数 | 台 |
| 廃棄物の量 | 約 m ³ |
| 廃棄物の種類 (○をつけてください) | プラスチック ・ コンクリート ・ ガラス陶磁器 ・ 金属 ・ 木紙 ・ ダンボール ・ 書類ゴミ ・ 畳(枚) ・ 蛍光灯 その他() |
| 写真撮影 | 有 ・ 無 |

※ご不明な点はお気軽にお問い合わせください。

TEL:0584-62-3411 FAX:0584-62-3412

