



F A X 送信方向

FAX : 025-539-6801**ホイール引取依頼書**

ARCONIC

アーコニック・ジャパン株式会社

御社社名: _____

ご担当者様氏名: _____

郵便番号: _____

ご住所: _____

電話番号: _____

FAX番号: _____

申込年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記欄にメーカー、サイズごとの引取本数を記入ください

ホイールサイズ	本数		備考
	アルコア	他メーカー(※社名必須)	
22.5インチ			
19.5インチ			
17.5インチ			

別紙「アルコア・ホイール・リサイクル・サービス利用規約」に従って利用することに同意します。

社印 / 担当者印 _____

アーコニック・ジャパン使用欄

受付番号		R/D		Admin	
引取手配			回収日	到着予定日	到着確認
形態		依頼日			受領本数
<input type="checkbox"/> JIT BOX × ()カゴ					
<input type="checkbox"/> ビニール梱包 × ()個					
Detail	Qty	Delivery#	Ammount	Invoice	確認日
<input type="checkbox"/> ビニール					担当者
<input type="checkbox"/> JIT BOX					
<input type="checkbox"/> 小口					