



回収依頼 FAX用紙

TEL 0243-24-7021

FAX 0243-24-7022

※世界のこどもにワクチンを 日本委員会(JCV)認定回収団体

| | | | | | |
|-----------|--|---|-----|------|------|
| 学校名/団体名 | | | | | |
| ご担当者様指名 | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| TEL / FAX | TEL | | FAX | | |
| 回収内容 | ★ペットボトルキャップ ★プルタブ ★アルミ缶 (該当に○印を付けて下さい) | | | | |
| 回収量 | キロ数または45L袋(ゴミ袋)何袋でご記入ください。 | | | Kg/袋 | |
| 回収第一希望日 | H | 年 | 月 | 日() | 時 分頃 |
| 回収第二希望日 | H | 年 | 月 | 日() | 時 分頃 |

※回収が混み合う時期は回収希望日対応できない場合があります。その際にご連絡致します。

※放課後の時間帯は集中する為、希望に添えない事が多いので午前中など時間を調整していただければと思います。ご協力お願い致します。

備考欄

ふくしまキッズエコ運動事務局

※弊社記入欄

No. _____

| | | | | | | |
|-------|---|---|----|------|-----|----|
| 回収予定日 | H | 年 | 月 | 日() | 時 | 分頃 |
| 回収完了 | 月 | 日 | Kg | 円 | 処理日 | / |