

ダイキンコンタクトセンター 宛

サービスのご依頼は、フリーダイヤル 0120-07-0881までFax願います。

ご依頼日 月 日

弊社受付処理日とさせていただきますので
あらかじめご了承願います

フロン破壊・再生 承り票

ご依頼元販売店（第一種フロン類充填回収業者）様

市外局番 局番 番号

TEL No. - -

販社コード 部門 販売店 扱店

〒

住所 : _____

会社名 : _____

FAX No. : _____

ご担当者名 : _____ ご担当者携帯 : _____

【下記該当欄へレ印をご記入下さい】

販売店様へ直接ご請求 一次店様経由でご請求

請求先コード	<input type="text"/>	請求先名称	<input type="text"/>
--------	----------------------	-------	----------------------

ご注文 No.

ご依頼内容

破壊 再生引取

ポンベ搬送 No. _____ No. _____

引取り ご希望日時 月 日

引取・返却先ご住所
〒 _____

名称 : _____ TEL : _____

SS持ち込み 破壊・移充填拠点へ持ち込み

持ち込み先 : _____ 持ち込み予定日 : _____ 月 日 (午前 午後)

ポンベNo : _____ ポンベ容量 _____ L

回収作業日 : _____ 月 _____ 日 回収先名称 : _____

回収先住所 : _____ 都道府県

回収先TEL : _____ 冷媒の種類 : _____ 分類 廃棄 整備

種別	機種名	台数	回収量 (kg)
<input type="checkbox"/> エアコン <input type="checkbox"/> 冷凍冷蔵			
<input type="checkbox"/> エアコン <input type="checkbox"/> 冷凍冷蔵			
<input type="checkbox"/> エアコン <input type="checkbox"/> 冷凍冷蔵			

破壊・再生証明書 有料 : 1通 1200円 (税抜き)

証明書の宛先名称 回収先 (機器管理者)

その他 (回収先以外) の名称 : _____

第一種フロン類充填回収業者登録番号 : _____

ポンベNo : _____ ポンベ容量 _____ L

回収作業日 : _____ 月 _____ 日 回収先名称 : _____

回収先住所 : _____ 都道府県

回収先TEL : _____ 冷媒の種類 : _____ 分類 廃棄 整備

種別	機種名	台数	回収量 (kg)
<input type="checkbox"/> エアコン <input type="checkbox"/> 冷凍冷蔵			
<input type="checkbox"/> エアコン <input type="checkbox"/> 冷凍冷蔵			
<input type="checkbox"/> エアコン <input type="checkbox"/> 冷凍冷蔵			

破壊・再生証明書 有料 : 1通 1200円 (税抜き)

証明書の宛先名称 回収先 (機器管理者)

その他 (回収先以外) の名称 : _____

第一種フロン類充填回収業者登録番号 : _____