

廃棄専用 使用済みトナーカートリッジ回収依頼書

この度は、弊社の製品を御使用頂きまして誠に有難うございます。
トナーカートリッジが使用済みになりましたら、下記に必要事項をご記入の上、FAXください。
弊社にて回収便を手配いたします。（無料回収）

※ この依頼書は使用済みカートリッジ回収専用のため、ご注文にはご使用頂けません。

※ 回収後の使用済みカートリッジは返却不可となりますので、ご注意ください。

廃棄専用 回収センター

FAX **06-6702-8529**

【依頼書を箱上面に貼って下さい】

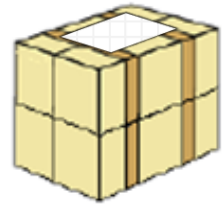
※リターン品・不具合品には使用不可

回収時の資源エネルギー消費を減らすため、
本数をまとめた回収にご協力ください。

● 回収用トナーカートリッジの梱包方法例



ガムテープ等で個装箱を2箇所巻く



2～6本をひとまとめにし、
上面に依頼書を貼り付ける

回収先名（貴社名・部署名）

回収先 郵便番号・ご住所

〒

電話番号

回収先
ご担当者名

ご購入店名（必ず記入してください）

弊社記入欄（何も記入しないで下さい）

回収個口数

個口

運送便にお渡し頂く個数です。
（カートリッジ数ではありません）

回収希望日

月

日

回収日は受付日の翌日以降となります。
（土・日・祝日・時間指定の回収は不可）

※ 回収受付のご連絡は致しません。

※ 回収希望日のご要望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承下さい。

※ 回収依頼書のFAX受付時間は 9：00～15：00迄（土・日・祝/特定休日を除く）となります。

※ 15：00以降FAX受信致しましたご依頼に関しては、“翌日受付”の扱いとなります。

カートリッジ不具合連絡票

万一、不具合が発生した場合は、お手数ですが、下記に内容をご記入のうえ、お買い上げ先にご連絡いただけますよう、お願い申し上げます。**※全ての項目へご記入をお願い致します。**

ご購入店名			
貴社名	ご担当者	TEL	
ご住所			FAX
カートリッジ名	数量	本	
プリンタ機種名			
ご購入日	年	月	日

不具合内容（お手数ですが発生時の状況、症状をお教え下さい）

開封時・ご使用前（記入例：トナー漏れ）

プリンター装着時（記入例：異音）

※エラー表示の際は表示内容や表示されたコードの記載をお願いします。

印刷時（記入例：筋が出る）

※印字不良の際は印字サンプルの同梱をお願いします。（サンプルが無く症状が確認できない場合は保証対象外となる事があります。）

ご対応方法（ご希望の対応方法にチェックして下さい）

代替品の先出し希望

※解析前に代替品を手配いたします。解析の結果、不具合が認められなかった際は、お納めした代替品の商品代金をご請求させていただきますので、あらかじめご了承いただけますようお願い申し上げます。

↳ 納品ご希望日（ 月 日 ）

解析後に代替品発送希望

※解析の結果、不具合が認められた後、代替品を手配いたします。

その他（

）

◆ 代替品をご希望の場合、納品先をお選びください。

御社（「貴社名」でご記載の場所）

其他のお届け先

★ お届け先名：
住所：〒

TEL：

※ご購入店様へ納品をご希望の際は、下記にチェックを入れて下さい。

ご購入店様へ納品

不具合品の回収（ご希望の回収日・回収先にチェックして下さい）

弊社の指定日

※代替品ご希望の場合は基本、代替品お届け予定日の翌営業日回収となります。

回収日を指定（ 月 日 ）

◆ 回収先をご指定ください。

御社（「貴社名」でご記載の場所）

其他のお届け先と同じ（上記 ★ご記入場所）

其他の回収先

お届け先名：
住所：〒

TEL：

※ご購入店様へ回収をご希望の際は、下記にチェックを入れて下さい。

ご購入店様へ回収