

宅配買取申込書

お客様コード										記入日	年	月	日					
買取申込者 ※郵送買取キットをお送りしたお名前と同じお名前をご記入ください。										性別	生年月日			年齢				
フリガナ										男・女	大正							才
様											昭和	年	月	日				
平成																		
ご住所 ※ご住所記入欄に記入する住所と、郵送買取キットをお送りした住所、身分証明書のコピーに記載の住所は3つとも同じ住所の必要があります。																		
(〒 -)																		
都道										市区								
府県										郡								
ビル・マンション名																		
電話番号 (ご連絡先)							メールアドレス (メールでのご連絡を希望する場合)											
希望のご連絡方法 (いずれかをお選び下さい)							ご本人様確認方法 (いずれかをお選びください)											
<input type="checkbox"/> 電話のみ <input type="checkbox"/> メールのみ <input type="checkbox"/> どちらでも可							<input type="checkbox"/> 免許証コピー <input type="checkbox"/> 健康保険証コピー <input type="checkbox"/> パスポートコピー											
お支払方法																		
<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 現金書留							※現金書留でのお支払いには手数料1,000円が発生いたします。 ※現金書留は50万円までの取扱いとなります。											
お振込先金融機関 ※買取申込者と口座名義人が同一でない場合はお振込での買取ができませんのでご注意ください。																		
										銀行 金庫 組合				支店 本店 出張所				
口座番号							口座名義人											
普通 当座							フリガナ							様				
歯科金属製品					枚数		歯科金属スクラップ					g (重量)						
①							①	12%金パラ 開封済みバラ										
②							②	撤去冠										
③							③	鋳造バリ・ボタン										
④							④	削り粉										
⑤							⑤	その他 (
次回宅配買取セット							買取明細書送付											
<input type="checkbox"/> 希望する (セット) <input type="checkbox"/> 希望しない							<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない											
※複数セットをご希望の方のみセット数ご記入願います。 ※選択がない場合は送付いたしません。																		
備考 (コメントなど)																		

RE-CRU

お問い合わせはこちら
06-4397-7123

〒571-0039 大阪府門真市速見町9-1 ツインコートヒラタ1F