

宅配買取申込書

記入日 月 日

フリガナ		ご年齢	ご職業	後日報告書は郵送して よろしいでしょうか？ <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
お名前				
ご本人様確認書類 ※以下いずれかのコピーをご同封ください				
<input type="checkbox"/> 運転免許証(履歴証) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証等(2点必要となります)				
※ご本人様確認書類については下記(注1)をご確認ください。				

<input type="checkbox"/>	1: 物品引き渡し後は分析査定の際に原型をとどめない事もあり得る事を承知しました。
<input type="checkbox"/>	2: 上記商材は私もしくは所属する法人の所有物であり、第三者の所有物及び盗品の恐れがある物ではありません。

※商材のご発送をもって、上記項目へのご同意とみなします。

ご住所	(〒 -)		
TEL	FAX		
メールアドレス(メール連絡ご希望の場合)	ご希望の連絡方法をお選びください		
	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> LINE		



ご連絡方法にLINEをお選びいただくと初回に限り見積金額からさらに500円アップで買取いたします。
 LINEでのご連絡の場合は、QRコードから友達登録の上、お申込みのお名前を送信してください。

お支払方法	お振込先金融機関(ご本人名義口座にかぎりませ)			
	銀行振込		ゆうちょ振込	
<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 現金書留	銀行名		通帳記号	
	支店名		通帳番号	
	口座番号			
	名義人/カタカナ		名義人	

※現金書留の場合手数料1,000円を差引かせていただきます。 ※現金書留は50万円までの取扱いとなります。

※お送りいただく商材について(おわかりになる範囲で結構です)

歯科金属スクラップ		重量	歯科金属製品		個数
①			①		
②			②		
③			③		
④			④		
⑤			⑤		

ご希望などありましたらご記入ください

- (注1) ※ ご本人様確認書類について
 初回、住所変更がある、前回ご提出から1年が経過している方につきましては必ずご本人様確認書類のコピーをご提出ください。
 ①運転免許証(1点) ②運転履歴証(1点) ③パスポート(1点) ④マイナンバーカード(1点)
 ④健康保険証(2点)※お顔写真なしの書類の場合、公共料金の領収書や住民票の写しを同封してください
- (注2) ※ 法人様名義のお取引について
 法人様名義や歯科医院様名義のお取引をご希望の場合は、担当者様のご本人様確認書類(顔写真付き)コピーと、法人様名義のご住所等が確認できるお名刺または履歴事項全部証明書などの同封をお願いいたします。

お問い合わせはシカクル «歯科金属分析買取»にて承ります。

〒660-0884 兵庫県尼崎市神田中通3丁目56 TEL0120-454-596 fax06-6415-7760