

歯科用金属・12%金パラ
買取り申込書兼金属分析依頼書

※本人様の確認書類として身分証明書(自動車運転免許証などの写し)が必要となります。

お名前										
フリガナ		※振込先名義と同じでお願いいたします。								
医院名・法人名など										
フリガナ										
郵便番号	-									
都道府県										
ご住所										
お電話番号	- -									
FAX番号	- -									
メールアドレス	@									
お買取り商品の種類	<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="width: 30%; border: none;">撤去冠など</td><td style="width: 10%; border: none;">約</td><td style="width: 10%; border: none;">g</td><td style="width: 50%; border: none;"></td></tr><tr><td style="border: none;">12%金パラ(未開封30g)商品名</td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none; text-align: right;">個</td></tr></table>		撤去冠など	約	g		12%金パラ(未開封30g)商品名			個
撤去冠など			約	g						
12%金パラ(未開封30g)商品名			個							
<small>(品名・メーカー・個数と概算の重量gもご記入して下さい)</small>										
発送予定日	月 日									
希望お支払方法	振込 <input type="radio"/>	現金払い <input type="radio"/>								
ご希望の連絡方法	メール <input type="radio"/>	FAX <input type="radio"/> 電話 <input type="radio"/>								

希望振込先の銀行名	支店名	口座番号
希望郵便振込のお名前	通帳記号	通帳番号

株式会社KAWARYO九州

〒860-0052 熊本県熊本市西区田崎本町10-4 TEL:0120-920-942

営業時間 平日9:00~17:00(休業日:土・日・祝日)

FAXご利用の方は、☎ 096-274-1221へ送信願います。