

# 電子記録媒体処理診断シート

お客様情報	
名称	
所在地	
担当者様	
連絡先	TEL:
	FAX:
	E-MAIL: _____ @ _____

排出事業場情報(上記と異なる場合)	
名称	
所在地	

廃棄物情報	
排出量	(例) FD × ○○ 枚
	(例) LTO × ○○○ 本
	(例) CD(100枚入り) × ○ 箱
	(例) 混載(約20kg) × ○ 箱
	×
	×
	×
	×
	×
	×
	×
付帯するケース	有(ケース入り) ・ 無(バラ)
オンサイト	要 ・ 不要 (お客様のオフィス内でのデータ消去作業 : 専用車両限定)
立会い処理	要 ・ 不要 (弊社工場にてお客様立会いのもとでの処理 : 専用車両限定)
証明書(画像付き)	要 ・ 不要
車両の手配	専用車両希望 ・ 他社との積み合わせ可

その他必要な情報		
回収希望日時	未定 ・ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 ~	
駐車スペース(有 ・ 無)	エレベーター(有 ・ 無)	養生(要 ・ 不要)

FAX送信先 竹下産業株式会社 03(3887)9088  
 メールでの問い合わせ post-wm@r-station.co.jp