

注文日 年 月 日

トナーカートリッジFAX注文書

アクティブシステム株式会社 宛

〒460-0006
名古屋市中区葵1-23-14プロト葵ビル8F

TEL	0120-255-444
FAX	0120-194-691

※使用済みトナーカートリッジの回収がある場合は、ご記入願います。複数本ある場合は、お手数ですが、簡易梱包(ひも・テープ等)をお願いいたします。
 ※納期連絡を希望される方は、回答方法欄にご記入下さい。
 ※商品のお届け及び、空カートリッジの回収費用は弊社で負担致します。インクなど対象外の商品の場合、ご連絡致します。
 ※リサイクルトナーの保証期間は出荷日より1年です。
 ※不良品以外の返品は、お受けできませんのでご了承ください。

御社名		
ご住所		
TEL		
FAX		
ご担当		部署名

納入先が上記と異なる場合下記にご記入下さい。

お名前		
ご住所		
TEL		
FAX		
ご担当		部署名

ご注文分 在庫がある商品は、12時までのご注文で当日出荷致します。

カートリッジ名またはプリンター名	種別	数量	希望納期	備考
	純正・汎用・リサイクル	本	月 日	
	純正・汎用・リサイクル	本		
	純正・汎用・リサイクル	本		
	純正・汎用・リサイクル	本		

使用済みカートリッジ回収分 できる限り、紐やテープ等でおまとめ頂きますよう、お願いいたします。

カートリッジ名またはプリンター名	種別	数量	個口数	回収希望日	○または日付をご記入下さい。
	純正・汎用・リサイクル	本	個口	納品と 同日・翌日	月 日
	純正・汎用・リサイクル	本			
	純正・汎用・リサイクル	本			

土・日・祝日の回収はできません。ご了承ください。

不具合受付分

カートリッジ名またはプリンター名	種別	数量	利用開始日	印刷見本
	純正・汎用・リサイクル	本	月 日	有・無

状況

<input type="checkbox"/> トナー漏れがある。 <input type="checkbox"/> トナーの寿命が短い。 <input type="checkbox"/> カートリッジが破損していた。	<input type="checkbox"/> 異常音がする。 <input type="checkbox"/> 線や点などの汚れ有。 <input type="checkbox"/> 印字の一部が薄い、擦れている。	<input type="checkbox"/> その他(ご記入下さい)
--	---	--------------------------------------

納期連絡の希望 ご記入が無い場合、納期連絡は致しませんのでご了承ください。

回答方法

メール _____ @ _____

FAX

TEL

FAX 0120-194-691