

# 長期預託製品返却および交換依頼書



【返却先】メリットメディカル・ジャパン株式会社 物流センター

【住所】〒140-0012

東京都品川区勝島1-4-3

日本通運 大井免震3号倉庫4F

返品・返却担当 TEL03-6436-8850

貴社名（お取引先様社名）

長期預託先施設名 ※ご確認の上、ご記入をお願い致します

お届け先 ※営業所への発送希望の場合は営業所名をご記入ください
住所 〒
ご担当者名
ご連絡先
配送指示※チェック未記入の場合は、上記お届け先へ直送させて頂きます
<input type="checkbox"/> 上記お届け先へ直送

ご依頼日

※預託品返却時は、あらかじめ弊社担当営業にご連絡ください。

返却了承後、本用紙を添付の上、左記返却先宛に発送ください

<この依頼書でご依頼いただける内容>

- 滅菌期限切迫品交換依頼
  - 滅菌期限切迫品返却のみ
  - 長期預託製品の返却（赤伝発生しない場合）
- <注意事項>
- 貴社名・長期預託先施設名欄は必ずご記載ください
  - 出荷が必要な場合は『お届け先』『住所』の欄に必ずご記載ください
  - お買取品または長期補充間違いによる返品は弊社営業にご連絡ください

No.	交換品の出荷	製品番号	製品名	ロット/シリアルNo.	滅菌有効期限	返却 数量	特記事項
1	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要						
2	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要						
3	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要						
4	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要						
5	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要						
6	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要						
7	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要						
8	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要						
9	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要						
10	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要						