

長期預託製品返却および交換依頼書



預託番号： _____

【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 大井免震第3号倉庫4F

返品・返却担当 TEL03-6436-8850

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 〒	
貴社名（お取引先様社名）	ご担当者名
	ご連絡先
長期預託先施設名 ※ご確認の上、ご記入お願い致します	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いただきます
<input type="checkbox"/> 病院様 <input type="checkbox"/> 長期置分	<input type="checkbox"/> 上記お届け先へ直送

ご依頼日

※弊社担当営業宛にe-FAX送信いただき承認後
本用紙を添付の上、左記返却先宛に発送ください

<注意事項>

- 滅菌期限切迫品交換依頼
- 滅菌期限切迫品返却のみの場合もこちらをご使用ください
- 長期預託製品の返却（赤伝発生しない場合）
- 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
- お買取品及び、長期補充間違いによる返品は返品依頼書をご使用ください

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						