



信幸プロテック株式会社

吸収液（臭化リチウム）回収・処理見積ご依頼票

※は必須記入となります。その他項目はわかる部分のご記入をお願いします。

貴社名 ※				
ご住所 ※	〒			
		TEL		FAX
所属・ご担当者 ※				携帯

吸収液を含んだ機器の 所在する施設(建物)名※				
〒				
吸収液を含んだ機器の 所在地※				
対象機器※	No	メーカー※	型式※	冷房(暖房)能力 ※ (または 吸収液溶液量)

設置場所※	<input type="checkbox"/>	1階	<input type="checkbox"/>	地下	<input type="checkbox"/>	その他()
液種(分かっている場合)	<input type="checkbox"/>	クロム酸系	<input type="checkbox"/>	モリブデン酸系	<input type="checkbox"/>	その他()
臭化リチウムの比重						
臭化リチウム量(冷媒量含)						
故障履歴	<input type="checkbox"/>	重大故障歴有り	<input type="checkbox"/>	重大故障歴無し	<input type="checkbox"/>	その他()
抜取後の保管	<input type="checkbox"/>	貸出ケミカル ドラム缶(200L)	<input type="checkbox"/>	60Lボトル (再生のみ)	<input type="checkbox"/>	20Lボトル (再生のみ)
抜取後の時間	<input type="checkbox"/>	3ヶ月以内	<input type="checkbox"/>	3ヶ月以上 ヶ月	<input type="checkbox"/>	
変質の不安	<input type="checkbox"/>	無し	<input type="checkbox"/>	有り	<input type="checkbox"/>	不明

回収希望日程						
連絡事項(要望等)						
見積返送方法の希望	<input type="checkbox"/>	FAX	<input type="checkbox"/>	メール	アドレス()	

参考写真	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無
------	--------------------------	---	--------------------------	---

ご記入後、下記までFAX送信をお願いします。

FAX : 019-697-7209
(TEL:019-697-7200)

<ありがとうございます。折り返し見積書を返送させていただきます>