

# 送 依 頼 書

FAX 0197-41-3383

\* お申し込み事項を記入していただき  
上記FAXまで送信して下さい

有限会社 水沢陸送  
〒029-4202  
岩手県奥州市前沢白山字古館18  
TEL: 0197-41-3382  
FAX: 0197-41-3383



## 依頼者さま(お支払いされる方)

お客様氏名		
ご住所		
TEL: FAX	TEL	FAX
携帯電話等		

## 車輦 引取先情報

希望引取日時	年 月 日	AM PM
お名前		
引取先住所		
連絡先電話番号		



## 車輦 納車先情報

希望納車日時	年 月 日	AM PM
お名前		
納車先住所		
連絡先電話番号		

## お車の詳細情報

車名		年式	
登録番号			
車台番号			

該当する場合は○印をつけて下さい

ローダウン車	<input type="checkbox"/>	車検切れ	<input type="checkbox"/>
ハイリフト車	<input type="checkbox"/>	ナンバーなし	<input type="checkbox"/>
改造車	<input type="checkbox"/>	事故車	<input type="checkbox"/>
改造車(幅広)	<input type="checkbox"/>	不動車	<input type="checkbox"/>
キャリア付	<input type="checkbox"/>	2t車	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>		