

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	生年月日
お名前		年齢	才	昭和・平成 年 月 日
電話番号		住所	〒	
E-mail				
職業	会社員・自営業・バイト・学生・その他()			
会員番号		当店のご利用回数	今回が初めて(新規)・2回目以降	
売却目的	☐ 貯蓄 ☐ 趣味・娯楽 ☐ 生活費 ☐ 借入金返済 ☐ 遺品整理 ☐ その他()			

・振込ご希望の場合

※振込ご希望の場合は必ず口座情報をご記入お願いいたします。

※新規の方、前回と口座の異なる方は、キャッシュカード表面のコピー、または銀行通帳のコピーの提示をお願いいたします。

銀行名		支店名		口座種別	普通・当座
口座番号		口座名義			
身分証明書	※買取代金のお支払方法によってご提示いただく身分証明書が異なります。ご注意の上、下記いずれか1点にチェックを入れてをお願いいたします。 ☐住民票の写し(原本) ☐印鑑登録証明書(原本) ☐戸籍謄本(原本)※現住所の入ったもの ☐運転免許証のコピー(表裏)※ご利用、2回目の以降のお客様に限りです ※新規の方、前回と振込口座が異なる方は、下記いずれかにチェックを入れてください。 ☐キャッシュカード表面のコピー ☐銀行通帳のコピー(口座番号とお名前がわかるもの)				

・現金書留をご希望の場合

身分証明書	※買取代金のお支払方法によってご提示いただく身分証明書が異なります。ご注意の上、下記いずれか1点にチェックを入れてをお願いいたします。 ※現金書留をご希望の場合、手数料2000円(1通)がかかります。 ☐運転免許証のコピー(表裏) ☐マイナンバーカードのコピー(表面) ☐旅券(パスポート)のコピー(写真面・住所記載面) ☐健康保険証のコピー(表裏) ☐外国人登録証明書のコピー(表裏) ☐官公庁及び特殊法人の身分証明書のコピー(写真付のもの) ☐在留カードのコピー(表裏)
-------	---

商品名	JANコード	ロット番号	使用期限	査定金額	数量	合計
				総合計		

※書きされない場合には、裏面へ記載して下さい。

・確認事項

- ①初回お取引時に医薬品販売業許可証、開設許可証等で確認を行っております(コピー可)。一般の方が病院で処方された医薬品は買取いたしておりません。
- ②未開封、現行の包装品で、使用期限2年以上(一部商品を除く)のものが買取の対象となります。
- 【買取不可能な医薬品】
- 開封済み、旧包装、使用期限・包装変更が迫っているもの、破損、汚損、厚生労働省で未承認の医薬品、偽造品又は偽造の疑いのある医薬品など。
- ③ 医薬品の買取に関しましては、弊社の在庫、需給状況により掲載価格での買取ができない場合や買取が不可能となる場合がございます。あらかじめご了承ください。
- ④ 土・日・祝・その他弊社休業日のお見積り依頼は翌営業日での受付となります。
- ⑤現在の医療用医薬品の買取価格(税込)を随時更新して示しております。買取価格にご了承いただけましたらお取引開始となります。

・商品送付先

田木株式会社 (医薬品)
〒542-0081 大阪府大阪市中央区南船場2丁目11番13号 福田ビル102号

TEL:06-6568-9768 FAX: 06-6643-9768

確認事項にご同意いただける場合はご署名下さい。

印

古物商許可:大阪府公安委員会 第62112R032077号

社内用	追跡番号		入力者		確認者	
-----	------	--	-----	--	-----	--