



空コンテナ搬出申込書 (Fax :03-3472-4235)

Booking No.				この 申込 をして 頂いた 方の	御社名	
本船名					お名前	
Voy No.		仕向地			電話	
荷主					Fax	
運送業者				乙仲名		
バン詰め場所	市(区/町/村)				(会社名)	
品名				荷姿		
搬出日	月	日	20 40(8'6) 40(9'6)	DRY//OPEN TOP//FLAT RACK//REEFER	本	
	月	日	20 40(8'6) 40(9'6)	DRY//OPEN TOP//FLAT RACK//REEFER	本	
	月	日	20 40(8'6) 40(9'6)	DRY//OPEN TOP//FLAT RACK//REEFER	本	
OT/FRご利用のお客様						
Over-Height		Over-Wide			Over-Length	
<input type="checkbox"/> In-Gauge	<input type="checkbox"/> 有	CM	<input type="checkbox"/> In-Gauge	<input type="checkbox"/> 有 左	CM 右	CM
<input type="checkbox"/> In-Gauge	<input type="checkbox"/> 有	CM	<input type="checkbox"/> In-Gauge	<input type="checkbox"/> 有 前	CM 後	CM
Reeferご利用のお客様				各種ご要望		
設定温度	F	C	<input type="checkbox"/> As Dry	<input type="checkbox"/> 30.5トンバン	<input type="checkbox"/> 32.5トンバン	
Ventilation	<input type="checkbox"/> Open	<input type="checkbox"/> Close		<input type="checkbox"/> 含水率	パーセント以下	
その他連絡事項						

*****以下弊社で記入いたします。*****

搬出場所	住友京浜島VP	搬入場所	青海A-1	住友品川CY
	住友城南島VP		青海A-2	本牧D-4 APL
			大井4号TICT	

お客様へのご連絡事項	<p>Faxでの受付は搬出予定日前日の16:00(土日祝日を除く)までとさせていただきます。</p> <p>特殊コンテナ(Open Top/Flat Rack/Reefer)搬出のご依頼は、搬出予定日2日前まで(土日祝日除く)とさせていただきます。</p> <p>申し込み内容を確認の後、受付印を押印して返信いたします。</p> <p>品川住友CY受けの輸出貨物に関しては、輸出許可書およびD/R、CLP当の全船積書類のFAXが必要です。</p> <p>(株)住友倉庫 Tel : 03-3472-4220</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>受付日</p> </div>