

TO: 本牧D-4

FAX: 045-621-1588

MAIL: gp.document@ats-tml.com

輸出コンテナ再搬出依頼書

貴社名: _____

ご担当者名: _____

電話番号: _____

FAX番号: _____

搬出予定日	月 日 AM / PM
本船名、VOY	VOY.
BOOKING NO.	
CNTR NO.	
タイプ、サイズ	20 ・ 40 (DRY ・ RF) (86 ・ 96) / OTHER TYPE ()
搬出の理由	税関X線検査 / 税関デバン検査 / 荷主様都合(事由:)
搬出料	20' 13,800円 / 40' 20,800円

- ・税関検査の場合は、検査指定票を2部カウンターへお持ちください。
- ・検査終了後の税関印のある検査指定票は、必ずカウンターへご返却下さい。
(返却なき場合、船積みできない可能性がありますので、ご注意ください。)

- ・荷主様都合かつ外貨搬出の場合は、
税関印のある国際運送途上の免税コンテナ返送願い書をカウンターへお持ちください。
内貨搬出の場合は税関印は不要ですが、免税コンテナ返送願い書はお持ちください。

- ・ご不明な点がございましたら、右記へお問い合わせください。

D4 ターミナル
ターミナルサービスチーム
横浜市中区本牧埠頭1-10本牧D4
T: 045-625-4321
F: 045-621-1588