

日付

輸出空コンテナ搬出依頼書

貴社名: _____
 ご担当者名: _____
 電話番号: _____
 FAX番号: _____

ブッキング番号										
本船名					VOY.NO					
荷主名					乙仲名					
揚地港					仕向地					
パン詰場所					運送業者名					
品名					貨物重量					
搬出日		月		日	コンテナサイズ/タイプ		本数		本	
		月		日	コンテナサイズ/タイプ		本数		本	
		月		日	コンテナサイズ/タイプ		本数		本	
		月		日	コンテナサイズ/タイプ		本数		本	
		月		日	コンテナサイズ/タイプ		本数		本	
搬出場所 : 本牧 D-4	搬入場所									
Open Top/Flat Rack ご希望の場合	Over-Hight		上		CM					
	Over-Width		右		CM	左			CM	
Reeferご希望の場合	設定温度				F			C		
	Ventilation									
	Pre-Cooling (予冷)									
その他希望	リング付き									
	その他									

ご注意

- 1) ファクスの受付は搬出予定日前日の16時(土曜、日曜、祭日を除く)までをお願いします。
- 2) 特殊コンテナ (OpenTop/Flat Rack/Reefer等)のご依頼はお早めをお願いします。
- 3) この搬出依頼書は必ず下記の専用ファックス番号へお願いします。
- 4) 空コンテナの搬出場所及び突入りコンテナの搬出場所にご注意下さい。
- 5) 日本道路交通法に因る海上コンテナの最大積載量、コンテナの自重を含み以下の通りです。

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
 Tel: 045-625-4321

	20'コンテナ	40'コンテナ
2軸シャーシー	20.32トン	24.00トン
3軸シャーシー	24.00トン	30.48トン

FAX番号 : 045-621-1588

- 6) ファクスの返信による受領確認は行っておりません。ご不明な点が御座いましたら、右記へお問い合わせ下さい。