

オリックスレンタカー

レンタカー依頼書【長崎県代協扱い】

ご依頼日 20 年 月 日

オリックスレンタカー 行

FAX:095-819-9013

専用フリーダイヤル



0120-500-069



代理店様名

ご担当者名

TEL - -

FAX - -

携帯番号 - -

① 分かる範囲でご記入をお願いします。《代理店様⇒オリックスレンタカー

保険会社	保険会社名 (保険金請求先) ※必須	TEL () -	ご担当 事故日 月 日
	ご契約者様名 ※必須		証券番号
レンタカー	ご使用者様名 ※必須		連絡先 () -
	利用車種	()クラス指定 オプション(ナビ・ETC・禁煙車・喫煙車) オリックスレンタカー と(保険会社 使用者)で打ち合わせする。	
	配車先		TEL () -
	配車時刻	月 日 (:) まで・以降・頃	
備考	特約など		

※保険会社名とご契約者もしくはご使用者名は必ずご記入下さい。

❀ご依頼ありがとうございます。

受付	(時 分)受付	担当	
担当店舗		担当	

② 配車完了報告【オリックスレンタカー ⇒代理店様】

利用車両	(車種)	(ナンバー)
出発日	月 日 (時 分)配車完了	

③ 帰着完了報告【オリックスレンタカー ⇒代理店様】

帰着日	月 日(時 分)	使用日数	ヶ月 日
金額(税込)	円	協定後金額 (協定時のみ記入)	円