

試験検査依頼書

※太枠内を
ご記入ください

見積書No.	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 No.	試料No.	F		
		受付No.			
		受付日	年	月	日

依頼者	住所	〒			
	フリガナ 名称・屋号	様 <input type="checkbox"/> 食協会員			
	連絡担当者	所属	氏名	様	
		TEL	FAX		

依頼者と異なる場合	成績書	宛名	名称	様	
		送付先	住所	〒	
			名称	様	
	請求書	宛名	名称	様	
送付先		住所	〒		
		名称	様		

成績書受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来社 (<input type="checkbox"/> 電話連絡後 <input type="checkbox"/> 結果連絡後) <input type="checkbox"/> その他
結果連絡	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (月 日) <input type="checkbox"/> 結果出次第 連絡先: <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail :
支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 (<input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 成績書受取時に支払) <input type="checkbox"/> 銀行振込
返却品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 試料返却 <input type="checkbox"/> 容器返却 返却方法 <input type="checkbox"/> 成績書と同送 ※封筒に入らない場合は宅配着払 <input type="checkbox"/> 宅配着払 <input type="checkbox"/> 来社 <input type="checkbox"/> その他

試料名及び検査項目	<input type="checkbox"/> 別紙添付有り		
	試料No.	試料名	検査項目

検査方法	<input type="checkbox"/> 指針 <input type="checkbox"/> 食添規格 <input type="checkbox"/> 乳等省令 <input type="checkbox"/> O157 <input type="checkbox"/> その他
搬入方法	<input type="checkbox"/> 持ち込み <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> クール宅配 <input type="checkbox"/> センター採取・収集 (/)

検査料金	本体価格	円	総額 (税込)	円
------	------	---	---------	---

備考	依頼内容承認サイン					
	受入確認者	入力者	受注金額確認者	入力内容確認者	結果連絡者	来社連絡者
	-	-	-	-	-	-

当財団の個人情報保護方針に基づき、検査・調査の事業及び運営管理に必要な範囲内で最小限の個人情報を取扱い、目的外の個人情報の利用はいたしません。