

試験検査依頼書

※太枠内についてご記入下さい。

見積書No.	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 No.	試料番号	Y		
		受注CD			
		受付年月日	年	月	日
		完了年月日	年	月	日

依頼者	住所	〒			
	フリガナ				
	名称・屋号				
	連絡担当者	所属			氏名
	TEL		FAX	E-mail	

※成績書宛名・請求書宛名・各送付先が、上記と異なる場合はご記入下さい。

宛名・送付先	成績書宛名	住所	〒		
		名称	様		
	請求書宛名	住所	〒		
		名称	様		
	成績書送付先	住所	〒		
		名称	様		
	請求書送付先	住所	〒		
		名称	様		

成績書受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> ご来社	完了電話連絡	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要	連絡者	年	月	日	印
支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 (<input type="checkbox"/> 受付時お支払済 <input type="checkbox"/> 未納)			<input type="checkbox"/> 銀行振込	<input type="checkbox"/> その他					
希望納期	年		月	日						
結果連絡	<input type="checkbox"/> 不要		<input type="checkbox"/> 必要 (<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail :)		押印					
返却品の有無	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	返却方法		<input type="checkbox"/> ※結果書と同送 <input type="checkbox"/> ご来社 <input type="checkbox"/> その他					
			<input type="checkbox"/> 試料	<input type="checkbox"/> 容器	※返却品の大きさ等により、封筒に入らない場合には、宅配の着払いで返送となりますので、あらかじめご了承下さい。					

試料名及び検査項目	検査項目：アスベスト (定性及び定量)		<input type="checkbox"/> 3成分(クリソタイト・アモサイト・クロソライト)	
			<input type="checkbox"/> 6成分(クリソタイト・アモサイト・クロソライト・トレモライト・アクチノライト・アンソファイト)	
	過去のアスベスト検査実績：		<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 当センター・ <input type="checkbox"/> その他	
	分析料金：			
			3成分	6成分
	定性分析 (含有の有無を確認)	過去検査が当センターの場合、40,000円	¥45,000円	¥50,000円
	定量分析 (含有率[量]の検査)		¥15,000円	¥20,000円

搬入方法 持ち込み 郵送 宅配 クール宅配 センター採取・収集 印

検査料金	本体価格	円		総額 (税込)	円	依頼内容承認(サイン) ※ご記入内容・検査料金
備考						
受入確認者	入力者	受注金額確認者	入力内容確認者	計量管理者 技術管理責任者	サンプリング	
-	-	-	-	-	月 日	

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提供し、目的外の個人情報の利用はいたしません。