

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

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"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要	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 :				
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	<input type="checkbox"/> 別紙添付有り						

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	