

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	様
		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 <input checked="" type="checkbox"/>					
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						
				※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	試料名等				
	分析項目				
	蛍光X線による定性分析(RoHs等有害元素分析)				
	<input type="checkbox"/> カドミウム、鉛、総水銀、クロム <input type="checkbox"/> カドミウム、鉛、総水銀、クロム、全臭素 <input type="checkbox"/> その他 ()				
報告書様式	<input type="checkbox"/> 当センター様式				
	<input type="checkbox"/> その他 (指定の様式を提示してください)				

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	印 <input checked="" type="checkbox"/>
------	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

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	技術管理責任者	サンプリング
-	-	-	-	-	-

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。