

お客様申込用紙

このたびは ご新規のお申し込み、誠にありがとうございます。
下記の記入欄に必要事項を記入し、FAXにてご送信ください。なお、送信前には記入漏れがないよう
必ずご確認ください。よろしくお願い申し上げます。

お名前	TEL	-	-
	FAX	-	-
〒 ご住所			
Eメール		ご担当者	
●検査依頼対象(対象検査を○で囲んでください) ●検査項目を下記枠内にご記入ください			
・保菌検査 (人) ・食品検査 ・水質検査			
●実施頻度(対象月を○で囲んでください)			
・毎月 ・指定月(1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12)			
●検査開始月			
西暦 年 月より実施を希望します			
●お客様情報			
成績書発送先: _____			
請求書発送先: _____			
陽性検出時連絡担当者			
1 _____			
2 _____			
お支払元			
振込名義人: _____			

ご記入後、下記FAX番号までご送信ください。

FAX: 0547-46-2343

*当社記入欄

株式会社 中部衛生検査センター

Tel: 0547-46-2348

Mail: chubueisei@giga.ocn.ne.jp

ご不明な点などございました際は、お問い合わせください。

コース

処理日

受付者