

厨房衛生検査検査・指導 依頼書 【新規・既存】

御依頼日	(西暦)	年	月	日	曜日	時間	AM PM	:	
フリガナ								印	
会社名又は お客様名									
フリガナ									
検査先名 (施設名)									
フリガナ									
検査先ご住所	〒 -								
ご連絡先	【 TEL 】				【 FAX 】				
検査内容	検査対象施設	施設数 箇所							
		HACCP導入 済・未済							
	拭き取り箇所	<input type="checkbox"/> 手指	<input type="checkbox"/> 包丁	<input type="checkbox"/> まな板	<input type="checkbox"/> 蛇口	<input type="checkbox"/> 冷蔵庫 取っ手	<input type="checkbox"/> 追加あり		
	拭き取り検査	検査項目	<input type="checkbox"/> 一般生菌・大腸菌群・黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> 一般生菌・大腸菌群・大腸菌・黄色ブドウ球菌						
	<input type="checkbox"/> 上記以外の検査項目 ()								
報告書	<input type="checkbox"/> お引き取り	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 電子メール (署名付き)			写真報告	有・無		
検査料金	<input type="checkbox"/> 領収済み	_____ 円 × _____ 箇所 = _____ 円							
	<input type="checkbox"/> 未収			消費税	_____ 円				
				合計	_____ 円				
弊社記入欄									

弊社では、御記入頂きました内容は個人情報として取り扱い致します。また、お預かり致しました情報は、御依頼頂きました検査、分析、報告とそれに関連する業務にのみ利用致します。詳細は、弊社HPをご覧ください。

受取 担当者	検査受付 担当者	経理 担当者
/	/	/

株式会社デルタバイオメディカル