

拭き取り検査依頼書

		ご依頼日		年	月	日
貴社名	ふりがな					

検査実施場 (店舗名等)												
住所	〒											
TEL						FAX						
ご担当者様						メール						
拭き取り箇所	<input type="checkbox"/> 6ヶ所 (小規模店舗・一般家庭等) <input type="checkbox"/> 8ヶ所 (小規模店舗・飲食店・洋菓子店等) <input type="checkbox"/> 10ヶ所 (中規模飲食店・ファミレス等) <input type="checkbox"/> 12ヶ所 (弁当工場・調理施設等) <input type="checkbox"/> 相談してから拭き取り箇所を決めたい。											
実施月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
○を付けて下さい												

※実施月につきましては、毎月の検査をおすすめいたします。

備考欄	ご質問、連絡事項等をご記入下さい。											
-----	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※検査箇所、実施月についてのご相談がございましたらご連絡下さいませ。

TODOKUの検査室

TEL 011-211-6711 FAX 011-211-6731