

ご依頼者様情報

20 年 月 日

御社名・工場名			
ご担当部署名		ご担当者名	
郵便番号	(〒 —)		
所在地	都道 府県		
電話番号		FAX	
E-メールアドレス	@		
取引条件	<input type="checkbox"/> 原則として20日締め、翌月5日支払い(左記以外は下記にご記入ください) <u> 20日 ・ 末日 ・ 日 </u> 締め <u> 当月 ・ 翌月 </u> 日支払い * 請求書のFAXが必要な場合は別途ご連絡ください。		

※ ご依頼者名と請求書の送付先が異なる場合のみ、ご記入ください。

郵便番号	(〒 —)		
所在地	都道 府県		
御社名			
ご担当部署名		ご担当者名	
電話番号		FAX	

他施設で細菌検査、放射性物質検査を希望されている方をご存知であればご紹介下さい。

新規ご依頼に際し、初回のご依頼時にご記入をお願いしております。お手数をおかけ致しますが、下記FAXまで送信いただくか、E-Mailにて送付ください。
FAX:011(618)2264

〒 060-0012
札幌市中央区北12条西20丁目1番10号
カネシメ冷蔵(株)2F
厚生労働大臣登録検査機関
(株)札幌市中央卸売市場食品衛生検査センター
TEL 011(618)2263
FAX 011(618)2264
ホームページ <http://www.eiseikensa.com>