

# 検査・試験委託申込書

No. \_\_\_\_\_

申請者住所  
〒  
氏名または名称

ご担当者 :  
ご担当者部課 :  
TEL :  
FAX :

検査品名 検査項目						件数	単価	金額(円)
						普	急	小計
								消費税
								送料
								合計
						係印	未・済 月 日	

年 月 日

上記のとおり申し込みます。

一般社団法人 甘味食品試験センター 殿

TEL 03-6659-5172  
FAX 03-6659-5176  
〒130-0024 東京都墨田区菊川3-12-8  
橋本ビル2階

・成績書発行後は申請者名および検査品名については変更できませんのでご注意の上、ご記入下さい

① ②  
請 指  
契 契