

検査依頼書

全てご記入後、本書をFAXしてください。

FAX:06-6443-6644 東信科学株式会社 宛て

お客様情報

ご注文日	西暦	年	月	日
貴社名				
部署				
ご担当者				
住所				
TEL/FAX	TEL:			FAX:
Mail				

ご依頼内容

↓ご希望の検査にチェックを入れてください ↓

検査種別	<input type="checkbox"/> PFOS含有検査 (PFOSの含有の有無を検査します)	<input type="checkbox"/> サンプル成分検査 (消火薬剤の機能を維持するための検査です)
検査費用	50,000 円/1検体 (税込)	55,000 円/1検体 (税込)
検査依頼数量	検体	検体
合計金額	円	円
採取キット	分析検査申請書、マスク、メガネ 手袋、ウエス、含有検査専用試料瓶、汚染袋	分析検査申請書、マスク、メガネ 手袋、ウエス、サンプル成分検査専用試料瓶 汚染袋
キット到着までに確認しておく項目	※下記の項目が必要です。 ①採取施設名 ②採取施設の住所	※下記の項目が必要です。 ①採取施設名 ②採取施設の住所 ③設置場所 ④貯蔵形態 ⑤貯蔵量 ⑥メーカー名/商品名 ⑦原液種別 ⑧原液用途 ⑨充填年月日(わかる範囲で結構です) ⑩原液型式

注意!) 試料採取にはキットの専用試料瓶をご使用願います。その他の容器をお使いになった場合には正しい検査結果がでないことがあります。

※FAX到着後、確認のご連絡を差し上げます。下記口座に金額をお振り込みください。お振込が確認出来次第、採取キットをお送り致します。

【振込銀行口座】	三井住友銀行 天六支店 普通口座 No.6641117
	東信科学株式会社 TEL 06-6443-6611 振込手数料弊社負担