

試験依頼書(鉄筋超音波検査)

関東技術サービス株式会社

〒349-0204 埼玉県白岡市篠津1308
 TEL:0480(38)7415 FAX:0480(37)7004
 MAIL:tc@kanto-ts.co.jp

	(正)	副	控
受付番号	- -		
依頼日	年	月	日
受付日	年	月	日

太枠内の必要事項を記入してください。

依頼者	フリガナ				
	依頼会社名				
	フリガナ				
	依頼者住所				
連絡担当者	部署	氏名			
	電話	FAX	(携帯電話)		
請求先	フリガナ			指定請求書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	会社名			支払方法	<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 現金
	フリガナ			請求書締日	日
	住所			支払い日	日
	担当者	電話	FAX		

報告書郵送先	<input type="checkbox"/> 依頼者	<input type="checkbox"/> 請求先
--------	------------------------------	------------------------------

※ 報告書郵送先を依頼者又は請求先のそれぞれどちらかにチェックを入れてください。
 郵送先が上記に該当しない場合は、備考欄にご記入願います。

概要	工事名称			
	検査日			
依頼項目	試験項目及び作業内容	検査箇所	数量	
	<input type="checkbox"/> 圧接部超音波検査(1回目)基本料金			
	<input type="checkbox"/> 圧接部超音波検査(2回目～)追加			
	<input type="checkbox"/> 報告書部数(指定の無い場合正1部)		正	副
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			

備考	
----	--

ご案内

- 依頼及び試験で知り得た情報は守秘致します。
- 請求書は試験の実施計画が確定した後、お送り致します。
- 請求書及び報告書は連絡担当者に送付します。
 別途、ご要望があれば備考欄にご記入下さい。
- 依頼書は報告書作成1件につき1枚提出して下さい。試験項目や試験体の種類別に報告書が必要な場合は予め、それぞれ一枚ずつ記載し、ご提出下さい。

承認	営業部	技術部	担当者	受付者