

委 託 書

公益財団法人

愛媛県総合保健協会 御中

TEL : 089-987-8206

FAX : 089-987-8256

承認 ／	受付 ／

平成 年 月 日

下記のとおり、試験（分析・検査）を委託します。

委 託 者 住 所	(〒 -)		
委 託 者 氏 名 (法人名または団体名)			
担 当 者	TEL	FAX	
報 告 書 名 義			
料 金 請 求 先		顧客コード	

※ 選択する場合は、該当するものを○で囲んでください。

委 託 試 料 の 品 名			受付件数	件
			料 金	円
委 託 の 目 的 または試験項目				
料 金 支 払 区 分	即納	後納	受付区分	採取 回収 持込
委託試料の採取日時 及 び 場 所	平成 年 月 日 時 分 採水者：			
参 考 事 項	[電話連絡 : 必要 ・ 不要] [報 告 書 : 郵送 (委託者住所 ・ その他) ・ 手渡し] ※試料の持ち込みは、月曜日から木曜日までの午前8時30分～午後3時までをお願いします。			

* 今回の試験・検査依頼にあたり、個人情報の取り扱いに同意しますか？ ☐ 同意します。 ☐ 同意しません。

<分析終了予定日> 月 日

報告書番号	
報告月日	月 日

副部長	課長	

発送確認 ／