

# 宅配ふきとり検査申込書 (※太枠の中に ご記入ください。)

1602

御社名			
-----	--	--	--

## 検査セット送付先情報

キット送付先①	検査実施部署名 (店舗名等)			部署									
	住所	〒											
	TEL			FAX			ご担当者 フルネーム						様
	ふきとり 箇所数	<input type="checkbox"/> 5ヶ所 (小規模店舗・チェーン店等向け) <input type="checkbox"/> 8ヶ所 (小規模店舗・飲食店、洋菓子店等向け) <input type="checkbox"/> 11ヶ所 (中規模飲食店・ファミリーレストラン等向け) <input type="checkbox"/> 17ヶ所 (小規模製造工場 ケータリング施設向け) <input type="checkbox"/> 21ヶ所 (大型調理施設・弁当製造工場等向け)											
		<input type="checkbox"/> ふきとり箇所数を相談して決めたい。(弊社スタッフからご連絡をいたします。)											
	スケジュール ※実施月に○を 付けて下さい	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月

検査前の コンサルティング	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 (必要にチェックを入れると、ふきとり検査前にふきとり箇所のご提案等のご連絡をいたします。)										
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

キット送付先②	検査実施部署名 (店舗名等)			部署									
	住所	〒											
	TEL			FAX			ご担当者 フルネーム						様
	ふきとり 箇所数	<input type="checkbox"/> 5ヶ所 (小規模店舗・チェーン店等向け) <input type="checkbox"/> 8ヶ所 (小規模店舗・飲食店、洋菓子店等向け) <input type="checkbox"/> 11ヶ所 (中規模飲食店・ファミリーレストラン等向け) <input type="checkbox"/> 17ヶ所 (小規模製造工場 ケータリング施設向け) <input type="checkbox"/> 21ヶ所 (大型調理施設・弁当製造工場等向け)											
		<input type="checkbox"/> ふきとり箇所数を相談して決めたい。(弊社スタッフからご連絡をいたします。)											
	スケジュール ※実施月に○を 付けて下さい	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月

検査前の コンサルティング	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 (必要にチェックを入れると、ふきとり検査前にふきとり箇所のご提案等のご連絡をいたします。)										
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(備考) ご質問、連絡事項等がございましたらご記入ください。

お申し込み・お問い合わせ先 (株)食品微生物センター 〒250-0001 神奈川県小田原市扇町 3-26-15 フリーダイヤル 0120-409-929	 <p>食品微生物センター KEEP YOUR FOODS SAFE</p>
--	---

↑
お申込はFAXで0465-30-1731まで
↑

# 宅配ふきとり検査申込書 (※太枠の中に ご記入ください。)

1602

御社名	<b>見本食品株式会社</b>	<b>記入見本</b>
-----	-----------------	-------------

## 検査セット送付先情報

キット送付先①	検査実施部署名 (店舗名等)	第一工場セントラルキッチン	部署									
	住所	〒100-0003 東京都千代田区霞が関〇〇-〇〇-〇〇										
	TEL	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇								
			ご担当者 フルネーム	食品 三郎様								
	ふきとり 箇所数	<input type="checkbox"/> 5ヶ所 (小規模店舗・チェーン店等向け) <input type="checkbox"/> 8ヶ所 (小規模店舗・飲食店、洋菓子店等向け) <input type="checkbox"/> 11ヶ所 (中規模飲食店・ファミリーレストラン等向け) <input checked="" type="checkbox"/> 17ヶ所 (小規模製造工場 ケータリング施設向け) <input type="checkbox"/> 21ヶ所 (大型調理施設・弁当製造工場等向け)										
		<input type="checkbox"/> ふきとり箇所数を相談して決めたい。(弊社スタッフからご連絡をいたします。)										
スケジュール ※実施月に○を 付けて下さい	<input checked="" type="radio"/> 1月	<input type="radio"/> 2月	<input checked="" type="radio"/> 3月	<input type="radio"/> 4月	<input checked="" type="radio"/> 5月	<input type="radio"/> 6月	<input checked="" type="radio"/> 7月	<input type="radio"/> 8月	<input checked="" type="radio"/> 9月	<input type="radio"/> 10月	<input checked="" type="radio"/> 11月	<input type="radio"/> 12月
検査前の コンサルティング	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 (必要にチェックを入れると、ふきとり検査前にふきとり箇所のご提案等のご連絡をいたします。)											

キット送付先②	検査実施部署名 (店舗名等)	〇〇食堂	部署	新宿〇〇店								
	住所	〒160-0023 東京都新宿区西新宿〇-〇〇-〇〇 食品ビル4F										
	TEL	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇								
			ご担当者 フルネーム	食品 信子様								
	ふきとり 箇所数	<input type="checkbox"/> 5ヶ所 (小規模店舗・チェーン店等向け) <input type="checkbox"/> 7ヶ所 (小規模店舗・飲食店、洋菓子店等向け) <input checked="" type="checkbox"/> 10ヶ所 (中規模飲食店・ファミリーレストラン等向け) <input type="checkbox"/> 17ヶ所 (小規模製造工場 ケータリング施設向け) <input type="checkbox"/> 20ヶ所 (大型調理施設・弁当製造工場等向け)										
	スケジュール ※実施月に○を 付けて下さい	<input checked="" type="radio"/> 1月	<input type="radio"/> 2月	<input type="radio"/> 3月	<input checked="" type="radio"/> 4月	<input type="radio"/> 5月	<input type="radio"/> 6月	<input type="radio"/> 7月	<input type="radio"/> 8月	<input type="radio"/> 9月	<input type="radio"/> 10月	<input type="radio"/> 11月
検査前の コンサルティング	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 (必要にチェックを入れると、ふきとり検査前にふきとり箇所のご提案等のご連絡をいたします。)											

検査実施店舗(キット送付先)が多数ある場合は、  
 まず電話でご連絡いただき、送付先データ等をメールで  
 送っていただく事も可能です。  
 まずはお電話をお待ちしております。

(備考) ご質問、連絡事項等がございましたらご記入ください。

お申し込み・お問い合わせ先 (株)食品微生物センター 〒250-0001 神奈川県小田原市扇町 3-26-15 フリーダイヤル 0120-409-929	 <p>食品微生物センター KEEP YOUR FOODS SAFE</p>
--	---

↑
↑

お申込はFAXで0465-30-1731まで