

# 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 ／

令和 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	令和 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 ／