

コンサルティング申し込み書

※太枠内は、必ずご記入ください！

ご記入日 月 日

※実施にあたり、詳細をご相談する必要がございます。事前のお申し込みをお願い致します。

■ご依頼者様情報

会社名				会員No.	
部署名		役職名		担当者名	
所在地	〒				
TEL		FAX		E-mail	

■実施内容一覧（該当する項目を☑して下さい。）

<input type="checkbox"/> 店舗・工場の衛生評価および指導	<input type="checkbox"/> 従業員様の衛生教育	<input type="checkbox"/> 改善サポート
<input type="checkbox"/> 検査室のプランニング	<input type="checkbox"/> 国際認証取得支援	
<input type="checkbox"/> その他（		

店舗・工場数		従業員数	
開始時期	月頃から	頻度	年 回

実施にあたり、具体的なお要望。

■連絡事項（その他ご要望をお書きください。）

	<送付先> (株)スズカ未来 マイラボ食品検査センター 〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756番地5 TEL:059-379-0077 FAX:059-367-7610
--	--