日本インスペックス株式会社

検査申込書

○ 太枠内をすべてご記入のうえ、下記の送付先へ郵送または FAX、E-mail でお送りください。
○ 内容を確認の上、担当者より詳細についてご連絡をさせていただきます。

申込日	年　月　日

会社名	フリガナ		
ご担当者名	フリガナ	電話番号	
		FAX 番号	
E-mail			
ご住所	□□□-□□□□		

ご依頼品目	□ お見積もり　□ 検査のご依頼　□ その他		
作業内容（検査品名）			
検査品の数量（寸法）			
材質			
図面の有無	□ 有　□ 無し		
希望日時	期間： 時刻： ※納期・作業期間のご希望や作業時間帯をご記入ください		
検査場所	□□□-□□□□ ※上記住所と異なる場合にご記入ください		
弊社へ持込	□ 可能　□ 不可	報告書	□ 要　□ 不要
検査項目	□ PT　□ UT　□RT　□MT　□その他（　　）		
適用法規			
適用規格			
判定基準			
その他			

検査申込みに関する個人情報の利用目的について

1. 当社では、個人情報に関する法令、その他規範、および当協会に定める「個人情報保護方針」を遵守し、個人情報を適切に管理します。
2. ご記入いただいた個人情報は、お問い合わせに関する対応、ご依頼内容確認の連絡、契約の履行などの目的で利用します。
3. 当社では、法令に定める場合を除き、あらかじめ情報主体の同意を得ることなく個人情報を第三者に提供することはありません。

申込書の送付先	日本インスペックス株式会社	〒534-0002　大阪市都島区大東町 2 丁目 4 番 19 号 FAX：06-6924-3110　E-mail：osaka@nihon-inspex.co.jp