

① お客様登録書

太枠内を記入または を入れ、メールしてください。⇒メールアドレス: trs@mhcl.co.jp
 なお、受領した個人情報は検査とそれに付随する業務以外の目的には使用しません。

日付:

フリガナ			お客様コード		
会社名			当社記入欄		
住所	〒	業種			
		<input type="checkbox"/> 集団給食 <input type="checkbox"/> 官公庁 <input type="checkbox"/> 外食産業 <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園 <input type="checkbox"/> 一般(個人経営小規模) <input type="checkbox"/> 福祉施設・老人ホーム <input type="checkbox"/> ホテル・旅館・保養所 <input type="checkbox"/> その他【 】	<input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 流通 <input type="checkbox"/> 学校		
連絡先	電話番号	FAX番号		備考(当社をお知りになった経緯など)	
	担当部署	担当者氏名			
	E-mail:				

請求書送付先	請求書の送付先は 上記住所と同じですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → 送付先は _____
請求書宛名	請求書の宛名は 上記会社名と同じですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → 宛名は _____ とする
振込名義	振込名義は 上記会社名と同じですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → 名義は _____ で振込み
締切日	<input type="checkbox"/> 月末締 <input type="checkbox"/> 25日締 <input type="checkbox"/> 20日締 <input type="checkbox"/> 10日締
支払方法	<input type="checkbox"/> 口座引落し(<input type="checkbox"/> 銀行・ <input type="checkbox"/> 郵便局) ※引落日: 銀行は1日、郵便局は25日となります <input type="checkbox"/> 銀行振込 ※支払予定日:()日 【 <input type="checkbox"/> 翌月 <input type="checkbox"/> 翌々月 】 * 銀行引落しまたは振込の手数料はお客様のご負担となります

《その他関心のある弊社の業務に をお願いします。》

<input type="checkbox"/> (G L P) 食品検査 <input type="checkbox"/> 腸内細菌検査(検便) <input type="checkbox"/> JFS適合証明監査 <input type="checkbox"/> その他ご相談【 】	<input type="checkbox"/> 輸入食品自主検査 <input type="checkbox"/> ノロウイルス(便/食品/嘔吐物) <input type="checkbox"/> 食品表示検証 <input type="checkbox"/> 尿	<input type="checkbox"/> 異物検査 <input type="checkbox"/> 衛生講習会 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス検査	<input type="checkbox"/> 拭取検査 <input type="checkbox"/> 衛生点検	<input type="checkbox"/> 危害分析 <input type="checkbox"/> 衛生コンサルティング
---	---	---	--	--