

SGロット認証検査依頼書

依頼年月日 年 月 日

一般財団法人 ボーケン品質評価機構  
殿

〒    -

住 所：

（フリカゝナ）

社 名： 代 表 者 名： ⑩

担当者部課名： 担 当 者 名：

T E L：	F A X：	報 告 書	要（通）・否
E - M A I L：		試 料 破 壊	可・不可
報 告 書 宛 名：※		残 試 料 返 却	要・否
請 求 書 宛 名：※		受 取 方 法	来構・郵送

一般財団法人ボーケン品質評価機構業務規程第7条の規定によりSGロット認証検査を受けたいので、依頼します。

No.	1	2	3
品 名			
品 番			
型 式 の 区 分			
申 請 数 量			
検 査 希 望 年 月 日			
検 査 希 望 場 所 （ 住 所 ）			
備 考			

注：以下は、記入しないでください。

必要添付書類（初回）	チェック
1. ロット認証申請書	4通
2. 型式の区分	
3. 認証対象製品の主要材質	
4. 製造・輸入業者名・略号、表示箇所	2通
5. 製造年月日・略号、表示箇所	
6. 表示、取扱説明書	
7. 写真、カタログ	

受付番号

（生 活）									
受付事業所 （ ）									

受理 年月日	年 月 日	受付担当	
-----------	-------	------	--

検査 年月日	年 月 日	立会人	
-----------	-------	-----	--

受付責任者	発行責任者	発行担当者	出来上り予定日	TEL・FAX連絡	月 日	試料返却	報告書発送	月 日
			／	連絡 先		連絡 者	1. 郵 送 2. 宅配便 3. 引 取 4. 持 参	

SGロット認証検査依頼書

依頼年月日 年 月 日

一般財団法人 ボーケン品質評価機構  
殿

〒 -

1. 二重線より上をご記入願います。  
2. ※印は、社名と異なる場合のみご記入願います。

住所：

(フリカゝナ)

社名： 代表者名： 印

担当者部課名： 担当者名：

TEL：	FAX：	報告書	要（通）・否
E-MAIL：		試料破壊	可・不可
報告書宛名：※		残試料返却	要・否
請求書宛名：※		受取方法	来構・郵送

一般財団法人ボーケン品質評価機構業務規程第7条の規定によりSGロット認証検査を受けたいので、依頼します。

No.	1	2	3
品名			
品番			
型式の区分			
申請数量			
検査希望年月日			
検査希望場所 (住所)			
備考			

注：以下は、記入しないでください。

必要添付書類（初回）	チェック
1. ロット認証申請書	4通
2. 型式の区分	
3. 認証対象製品の主要材質	
4. 製造・輸入業者名・略号、表示箇所	2通
5. 製造年月日・略号、表示箇所	
6. 表示、取扱説明書	
7. 写真、カタログ	

受付番号

(生活)									
受付事業所 ( )									

受理 年月日	年 月 日	受付担当		検査 年月日	年 月 日	立会人	
-----------	-------	------	--	-----------	-------	-----	--

受付責任者	発行責任者	発行担当者	出来上り予定日	TEL・FAX連絡	月 日	試料返却	報告書発送	月 日
				連絡先		連絡者	1. 郵送 2. 宅配便 3. 引取 4. 持参	