

購 入 申 込 書

下見試料袋

【お申込者名】

ご住所 〒 _____

都道

府県

お名前または団体名

担当者部署・お名前

TEL _____

FAX _____

<お届け先がお申込者と異なる場合はご記入ください。>

〒 _____

お届け先名

TEL _____

FAX _____

ご 注 文 数		冊
通 信 欄		

★【定価】 1色刷り 8, 800円（税込）、2色刷り 14, 300円（税込）で、それぞれ 1, 000枚／箱単位とし送料別

★必要事項をご記入の上、郵送またはFAXにてお送り下さい。

<申込先>

一般財団法人 全国瑞穂食糧検査協会

〒140-0015 東京都品川区西大井6-1-31

TEL: 03 (3782) 0011 FAX: 03 (3782) 0037