

식 품 검 사 의뢰서

결 재	담당	확인	접수번호

의 뢰 인 □신규 □기존	업체명			대표자명		
	소재지					
	담당자	휴대전화		E-mail		
	전화번호	FAX번호		영업허가(신고)번호		

시험·검사목적	□자가품질위탁검사용 □참고용 □기타:			시험성적서	□국문 부	□영문 부
업종	□제조업 □즉석판매제조가공업 □기타:					

품목제조 신고번호	제품명	식품유형	검체량	포장 단위	운반형태 (실온·냉장·냉동)	제조일자 (유통기한, 품질유지기한, 소비기한)	시험의뢰항목		
							□기준규격	□일부	□기타

* 식품위생검사기관지정기준 제4조의2 규정에 의하여 위와 같이 검사를 의뢰합니다.
 * 자가품질검사 시 상기 제품을 소분할 경우 소분에 대한 책임은 상기 신청인에 있음에 동의합니다. **의뢰인** (서명 또는 인)
 * 신청항목 외에는 자체검사가 가능하거나 상기 외 첨가물은 첨가하지 않았으므로 위와 같이 신청합니다.
 * 시험의뢰자 식별 및 정보제공 목적으로 법정 보유 기한까지 개인정보 수집 및 이용에 동의 미동의 합니다.

년 월 일 의뢰인 (서명 또는 인)

NDIT접수자 (서명 또는 인)

(주) 동진생명연구원장

(51391) 경상남도 창원시 의창구 차룡로48번길 61(팔용동 39-13)
 Tel 055-293-5440 / Fax 055-293-6980 홈페이지 www.ditlabs.co.kr

결과서발송방법	<input type="checkbox"/> 발송전 FAX요청 <input type="checkbox"/> 발송전 메일요청 <input type="checkbox"/> 우편발송 <input type="checkbox"/> 직접내사 <input type="checkbox"/> 등기(2,500원추가)					
---------	--	--	--	--	--	--

우편발송주소			계좌 번호	<input type="checkbox"/> 기업 은행 : 522-010581-04-012 <input type="checkbox"/> 농협중앙회 : 861-01-090854 예 금 주 : (주)동진생명연구원		
수수료	₩	(부가세포함)				

접수자성명 또는 업체명으로 의뢰일로 부터 2일 내로 입금하여 주시고 변경 시는 반드시 연락주시면 감사하겠습니다.

결제 방식	<input type="checkbox"/> 계좌이체 납부 <input type="checkbox"/> 현장 납부 <input type="checkbox"/> 카드결제 : 카드사명()			
	입금자명		결제 예정일	월 일
<input type="checkbox"/> 전자세금계산서	사업자(HP)번호		담당자/연락처	
<input type="checkbox"/> 현금영수증	업체명(업태/종목)		E-mail	

고객요청사항				
--------	--	--	--	--