

マサバ目視検査申込書

(英表記)	
依頼者氏名:	()
〒	
住所:	

TEL:	FAX:

ご担当者様:	(TEL:)

魚種名: マサバ	漁獲海域:
漁獲日: 年 月 日	漁港: 県 漁港

結果書複写申込: する(部) ※1部 ¥476(税抜) ・ しない	

請求書宛名:	
〒	
請求書送付先:	

※太枠内の記入をお願いします。

問合せ先 公益社団法人 日本水産資源保護協会 受託検査担当 TEL:03-6680-4277 FAX:03-6680-4128 E-mail:kensa-jfrca@mbs.sphere.ne.jp ※受付時間: 10:00 ~12:00, 13:00 ~17:00(月~金曜日, ただし祝祭日は除く)

協会使用欄
検査日: 検査番号:

マサバ目視検査申込書

記入例

依頼者氏名 結果書に記載する依頼者名(英表記もご記入ください)

〒

住所 結果書に記載する住所

TEL: 依頼者TEL FAX: 依頼者FAX

ご担当者様: (TEL:)

魚種名: マサバ 漁獲海域: 太平洋、等
漁獲日: 年 月 日 漁港: 県 漁港

結果書複写申込: する(部) ※1部¥476(税抜) ・ しない

結果書の発行は原則1部、追加は複写で対応致します

請求書宛名: _____

〒

請求書送付先: 依頼者と異なる場合に記入してください

※太枠内の記入をお願いします。

問合せ先
公益社団法人 日本水産資源保護協会 受託検査担当
TEL:03-6680-4277 FAX:03-6680-4128
E-mail:kensa-jfrc@mbs.sphere.ne.jp
※受付時間: 10:00 ~ 12:00, 13:00 ~ 17:00(月~金曜日、ただし祝祭日は除く)

協会使用欄
検査日: _____ 検査番号: _____