

ご下命賜りました該非判定書を発行するにあたり、下記必要事項をご記入の上、  
お手数ではございますが、FAXまたはメールにてご返送くださいますようお願い申し上げます。

**FAX 送信先**

ココリサーチ株式会社

本社	TEL:03-3382-1021	FAX:03-3382-1200
愛知営業所	TEL:0533-87-0301	FAX:0533-87-0302
大阪営業所	TEL:06-6538-1981	FAX:06-6538-8481
東関東営業所	TEL:047-375-8811	FAX:047-375-8812

書類発行までに3営業日ほど頂いております。輸出予定のあるお客様はお早めにお申し付けください。

**該非判定書作成依頼書**

ココリサーチ(株)製品への該非判定書発行の依頼をします。尚、輸出等に際しては、  
国内外関係法令を遵守し、輸出者の責任において、正規の手続きを履行します。

年 月 日

ご依頼者様	
会社名:.....	
ご住所:〒.....	
部署名:.....	TEL:.....
担当者名:.....	FAX:.....
メールアドレス:.....	
エンドユーザ名 (法人名称英文)	
エンドユーザの用途(EX:自動車エンジンの回転計測)	
書類使用目的: 通関 ・ 社内管理 ・ 許可申請 ・ 事前相談 ・ その他( )	
輸出者(書類使用者)社名 (書類に記載されます)	
製品型番	
輸出先(国名)	必要部数 部
書類入手希望日 年 月 日	※製品をご注文済みの場合、記入してください。 ご注文 No.
発送方法(複数選択可): <input type="checkbox"/> 原紙郵送(送附前FAX <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> Eメール(PDF) <input type="checkbox"/> 製品同梱(送附前FAX <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> FAX 郵送の場合はご住所、FAXの場合はFAX番号、Eメールの場合はメールアドレスをご記入願います。	
証明書送附先 ※ご依頼者と異なる場合のみご記入お願い致します。 会社名:..... ご住所:〒..... 部署名:..... TEL:..... 担当者名:..... FAX:..... メールアドレス:.....	

当社営業担当:

通し番号: