

テスト冷凍注文書

【 御社記入欄 】		記入日	
御社名			
ご住所	〒		
電話番号		FAX番号	
E-mail			
ご担当部署		ご担当者様名	
加工品種類	農産品	水産品	加工品 (いずれかに○をつけてください)
品名			
数量	(kg / 匹 / 個)	希望加工日	
◆お取引内容 (当てはまる項目にチェックして下さい。)			
<input type="checkbox"/> 共同研究によるテスト		<input type="checkbox"/> CAS購入検討のためのテスト	
<input type="checkbox"/> 委託冷凍の検討のためのテスト		<input type="checkbox"/> 委託冷凍 (年間・季節限定・今回のみ)	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
◆ご希望及びお問い合わせ事項			
◆備考			
※テスト冷凍の基本料金は、1回/¥30,000-(税別)です。詳細は打ち合わせ後決定させていただきます。			
※送料に関して、テスト冷凍の場合は往復とも御社負担となりますのでご了承ください。			
※基本的に冷凍当日に返送させていただきます。			
※CAS冷凍は全ての食材に対応できる物ではありません。事前に打ち合わせを行いテスト致しますが、解凍後の結果について弊社が責任を負うものではありません。			
※冷凍方法等の技術または冷凍の設定に関するお問い合わせは、内容によりお答えできかねる場合もございます。			
※冷凍代金のお支払いは基本的に冷凍当日ですが、打ち合わせ時に確認させていただきます。			

【弊社記入欄】 (御社ご担当者様と打ち合わせ後)

受付日		受付担当者	
冷凍実施日		返送日	
ご請求金額		ご入金予定日	
◆特記事項			



株式会社光コーポレーション

〒438-0043 静岡県磐田市大原1311

TEL.0538-86-3671 FAX.0538-86-3672