

ダニ検査依頼書

フリガナ							
氏名		印	検査依頼日		年	月	日
住所	〒	都道府県	市郡 町村				
TEL		FAX		E-mail	@		

ダニ捕りマット・ロボ匹数検査	依頼内容検査	ダニ捕りマット ・ ロボ 匹数検査			どちらかに○をつけて下さい。 両方の場合は両方ともお願いします。					
	◎サイズによって検査費用が変わってきます。下記に○をお願いします。									
	1	ダニ捕りマット (Sサイズ・Mサイズ・A4サイズ) ・ ダニ捕りロボ (レギュラー・ラージ)								
		設置期間	年	月	日	～	月	日	設置場所	
	2	ダニ捕りマット (Sサイズ・Mサイズ・A4サイズ) ・ ダニ捕りロボ (レギュラー・ラージ)								
		設置期間	年	月	日	～	月	日	設置場所	
	3	ダニ捕りマット (Sサイズ・Mサイズ・A4サイズ) ・ ダニ捕りロボ (レギュラー・ラージ)								
		設置期間	年	月	日	～	月	日	設置場所	
	4	ダニ捕りマット (Sサイズ・Mサイズ・A4サイズ) ・ ダニ捕りロボ (レギュラー・ラージ)								
		設置期間	年	月	日	～	月	日	設置場所	
5	ダニ捕りマット (Sサイズ・Mサイズ・A4サイズ) ・ ダニ捕りロボ (レギュラー・ラージ)									
	設置期間	年	月	日	～	月	日	設置場所		
<small>※ご注意</small> 検査マットが複数の場合、必ずマット上部のタック部分にNo. を付けて下さる様、お願い申し上げます。 <small>また、設置期間も必ずご記入下さい。(ダニ捕りロボの場合は、誘引マットに日付が付いていないので、誘引マットをビニールなどに入れ、ビニールにその旨をご記入ください。</small>										
<small>※設置場所記入例</small> (洋室ジュウタンと畳の間・布団とマットレスの間・シングルベット・ベビーベッド等)										
<small>◎検査を依頼するマットにこの検査依頼書を添付して発送して下さい。その際、検査マットはビニール等で密封してお送りくださる様お願い申し上げます。複数の場合は、袋を個別に分けてください。</small>										
検査費用入金方法		銀行振込		年	月	日	入金予定			
備考欄										

検査費用について

種 類	価 格 (1枚あたり)
ダニ捕りロボ (誘引マット) レギュラーサイズ (R)	10,000円 (税込)
ダニ捕りロボ (誘引マット) ラージサイズ (L)	12,000円 (税込)
ダニ捕りマット Sサイズ	15,000円 (税込)
ダニ捕りマット Mサイズ	20,000円 (税込)
ダニ捕りマット A4サイズ (カタログハウスバージョン)	20,000円 (税込)

お振込先 (検査料はこちらの口座にお振込みください) 三井住友銀行 竜野支店 当座 201221 口座名義 (有) 日革研究所 <small>※恐れ入りますが、振込手数料はお客様ご負担をお願いいたします。</small>	合計金額	円
--	------	---

お問い合わせ、送り先

〒679-4002 兵庫県たつの市揖西町中垣内甲257-1 有限会社ティシビィジャパン
 Tel. 0791-66-3100 Fax. 0791-66-3110