

依頼日 年 月 日

## 該非判定書発行依頼書

本申込書は弊社が発行する該非判定書に必要な情報をご記入いただくものです。  
必要な情報をご記入の上、下記まで FAX にてお申し込みください。

送付先

イメージニクス株式会社

営業本部 : FAX 03-3477-2216

大阪営業所 : FAX 06-6354-9598

福岡営業所 : FAX 092-483-4012

## ①ご依頼機器

	型番	シリアル番号	仕向地（出国先）	使用目的
1				
2				
3				

## ②ご担当所様ご連絡先

フリガナ		フリガナ	
会社名		部署名	
フリガナ		TEL	
担当者		FAX	
		E-Mail	
住所	〒		

## ③書類送付先

 同上 下記へ送付

フリガナ		フリガナ	
会社名		部署名	
フリガナ		TEL	
担当者		FAX	
住所	〒		

## ④希望送付期日

年	月	日	までに上記着
---	---	---	--------

※本申込書はお申込みいただきました全てのご依頼について非該当証明書の発行をお約束するものではありません。

お申込み内容によっては書類の発行をお断りすることもございますがご了承ください。

※海外で弊社機器をご使用される場合はお客様の責任においてご使用いただきますようお願いいたします。