

作成	承認

作業依頼書 兼 請書

■御依頼元■

作成 年 月 日

会社名				TEL :
住所	〒			FAX :
部署				携帯 :
ご担当者	様	印	E-Mail :	

■請求書■

同上

送付先住所	〒		
部署			締日・支払日
ご担当者	様	締	払

■作業場所■

同上

会社名				TEL :
住所	〒			FAX :
部署				携帯 :
ご担当者	様	E-Mail :		

■依頼内容■

※画像データが御座いましたら、添付をお願い致します。

作業期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
作業時間	: ~ :	or <input type="checkbox"/> 作業完了まで 必要人数 名
品番・品名	数量	
検査内容		
検査方法		
検査済の表示		
不具合発生時	<input type="checkbox"/> 補充 <input type="checkbox"/> 端数のまま <input type="checkbox"/> 現場にて確認 <input type="checkbox"/> その他()	
NG品の処置	<input type="checkbox"/> 作業先渡し <input type="checkbox"/> ご依頼先へ郵送 <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> その他()	
必要備品	<input type="checkbox"/> ウレタン <input type="checkbox"/> ゴム手袋 <input type="checkbox"/> ニトリル手袋 <input type="checkbox"/> スムス <input type="checkbox"/> ヘルメット <input type="checkbox"/> 保護メガネ <input type="checkbox"/> 耳栓 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> 安全ベスト <input type="checkbox"/> ペイントマーカー(色) <input type="checkbox"/> マジック(色) <input type="checkbox"/> 拡大鏡 <input type="checkbox"/> 蛍光灯 <input type="checkbox"/> ノギス <input type="checkbox"/> マイクロメータ <input type="checkbox"/> その他()	
注意事項		
備考		

年 月 日

S.F株式会社

TEL:0748-43-1507 FAX:0748-43-1505

E-Mail:info@smartforce2111.com

担当

印