

FAX : 055-276-1702

タチザワ塗装(株) 宛

発注依頼日 年 月 日

(発注依頼先名)	発注 担当者	印
----------	-----------	---

太枠内を  
記入して下さい

持込(予定)日 月 日	<input type="checkbox"/> ファックス <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 引取り	<b>発注内容確認書</b>	No	年(西暦) 月 日	番号
----------------	---	----------------	----	-----------	----

品名				希望納入日	適用(工事No.物件名など)	
材質	<input type="checkbox"/> 鉄 <input type="checkbox"/> 表面処理鋼板 <input type="checkbox"/> アルミ <input type="checkbox"/> 他( )	数量	単位	/	曜日	
書類	注文書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	図面 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ 実測を一任		am pm ( 時)	塗装仕様書 又は検査基準書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
色	見本 No	<input type="checkbox"/> 日塗工 No <input type="checkbox"/> マンセル <input type="checkbox"/> 他(特記記載)	艶指定	<input type="checkbox"/> 艶有 <input type="checkbox"/> 半艶 <input type="checkbox"/> 3分艶 <input type="checkbox"/> 他( )	色見本添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	種類	<input type="checkbox"/> メラミン <input type="checkbox"/> ウレタン <input type="checkbox"/> アクリル <input type="checkbox"/> フッ素 <input type="checkbox"/> 他( )	<色・艶に関する特記>			使用後 返却 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
その他 (条件等)	使用場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外	塗装検査書提出	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	前回 実績 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 ) <input type="checkbox"/> 無	
	品物引渡	<input type="checkbox"/> 配達希望 <input type="checkbox"/> 引取来社	マスキング	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	梱包	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	※ "有"の場合は図面又は指示書が必要			

特記事項

※顧客の指定により有害物質含有塗料を使用する場合は、品物を他の物と区別し、作業指示書及び現品票に赤インキで表示する。

要求事項確認	
社長	未確認の場合にその項目にチェックする <input type="checkbox"/> 顧客要求事項 <input type="checkbox"/> 常識的な要求事項 <input type="checkbox"/> 法的要求事項 <input type="checkbox"/> 会社が必要と判断した要求事項