

# 計量管理業務相談シート

会 社 名		
担 当 者		
連 絡 先	TEL	FAX
	Mail	
業 種		
計量器使用台数※1		
精度確認検査	<input type="checkbox"/> 半年 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 隔年（法定検査以外の年） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
量 目 検 査※2	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> その他（ ）	
講習会の案内	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> その他（ ）	
上記以外の内容		
※1 計量器検査については、非自動はかりを対象としています。 ※2 食品については、量目公差内にあるかを検査します。また、他の業種である場合、貴社規定内にあるかを確認します。		