新ブルドン抹消検査判定依頼書

①受診会社（御請求先）

会社名

住所

電話/ＦＡＸ　　 　　　　　　　　　　　　　/

ご担当者様

②検査結果送付先　（送付先が上記と異なる場合にご記入ください）

会社名

住所

電話番号

検査済用紙返納先

〒153-0064

東京都目黒区下目黒３-７-２９

**株式会社レンゴーシステム**

TEL　 03-3493-4845

FAX 　03-3493-4376

E-mail　[rengo@e-anzen.co.jp](mailto:rengo@e-anzen.co.jp)　　　　　担当　渡邉

　　　　　　　　　　　　　　　　 ＊こちらのページをコピーしてご利用ください