

## M-EMSコンサルティング申込時調査票

一般社団法人 M-EMS認証機構 行き

FAX : 059-221-1606

調査票記入日		年 月 日	
会社・組織名			
住所①			
電話番号		FAX	
代表者	おなまえ：		
業務内容② (具体的に)		従業員数	正社員 名 合計 名 パート 名 _____ 名
ご担当者	部署・役職名：		おなまえ：
	電話番号：		E-mail：
適用範囲 (事業所名等) 適用する事業所等が複数ある有る場合記入して下さい。	1.	住所	①と異なる場合記入
	2.	住所	
	3.	住所	
業務内容 ②と異なる場合記入して下さい。		適用範囲 従業員数	正社員 名 合計 名 パート 名 _____ 名
環境管理責任者 決定済の場合記入してください。	部署・役職名：		おなまえ：

M-EMSステップ	S	申込コンサルティング回数 (1回時間：S1=2H・S2(W)=3H・ S2(SR・En)=3H)	回
-----------	---	--	---

コンサルティング開始日 ※	第一希望	年 月 日 ( 曜日)
	第二希望	年 月 日 ( 曜日)
	第三希望	年 月 日 ( 曜日)
コンサルタント訪問場所	①住所と同じ場合は「同上」で結構です	
コンサルタント訪問場所 への交通手段	最寄駅：	( 待機場所 )
	最寄駅からの交通手段：	所要時間 約 分
	※交通費について：原則としてコンサルティング料と同時に請求いたします。	
コンサルティングに関する 希望などその他連絡事項	時間帯・曜日・内容などの希望がありましたらご記入ください。	

※ コンサルティング実施日は、ご連絡いただいてから派遣までに通常20日程度の手続き期間が必要となりますので、余裕をもってご記入ください。