

교정의뢰 및 접수증

접수번호			접수일자		
신청인	기관명		성적서구분	KOLAS	
	담당부서		신청자	Non KOLAS	
	전화번호		이메일주소		
	주소				
대행인	기관명				
	담당부서		신청자		
	전화번호		이메일주소		
	주소				
교정장소			<input type="checkbox"/> 교정실 <input type="checkbox"/> 위탁교정 <input type="checkbox"/> 현장교정		
순서	접수번호	품명	제작회사 및 모델명	기기번호 (관리번호)	기타
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
고객요구사항 :					
<input checked="" type="checkbox"/> 국문 <input type="checkbox"/> 영문					
완료예정일				수수료	
신청인:	(서명)	접수자 확인:	(서명)	검토자 확인:	(서명)
<p>상기 품목을 정히 접수하며, 본 교정 기관의 잘못으로 인한 물적 손실에 대해서는 당 기관에 배상을 요구할수 있습니다.</p>					
싸토리우스코리아바이오텍(주)					
www.sartorius.co.kr 전화 : 1600 - 0288 팩스 : 031 - 739 - 7677					