

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 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 入してください。		適用範囲 従業員数	正社員 名 合計 パート 名 _____ 名
認証取得希望時期	年 月 日 ころ ・ 未定		
環境管理責任者 決定済の場合記入して下さい。	部署・役職名：		おなまえ：
M-EMS構築講座受講	人	月受講済み	月講座 人受講予定
申請M-EMSステップ	S1 S2 S2W S2SR S2En	申込コンサルティング回数 標準回数：S1=3回 S2(W)=4回 S2：(SR・En)=5回 S2取得済(SR・En)=3回	・標準回数 ・指定回数 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。