

構内シフト作業 依頼書

<p>日東物流 株式会社</p> <p>大阪ターミナルグループ CYチーム ホームページ http://www.nitto-ntl.co.jp/</p> <p>輸入・輸出：TEL:06-6612-6241 FAX:06-6612-3048 MAIL: oc8cy@nitto-ntl.co.jp</p>	<p>貴社名： _____</p> <p>担当者： _____</p> <p>TEL： _____</p> <p>FAX： _____</p>
---	---

貴社記入欄	
船名： _____	
航海次航： _____	
B/L No.(Booking No.)： _____	
コンテナ番号/SIZE：①	20 40
②	20 40
③	20 40
希望日時： 月 日 (AM ・ PM)	

SEAL No.
記入不要

作業内容	必ず記入願います
<p>該当する作業内容の空欄にチェックして下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 税関検査 (抜取り検査・コンテナごと引取り)</p> <p><input type="checkbox"/> 動物検査※¹</p> <p><input type="checkbox"/> 食品検査※²</p> <p><input type="checkbox"/> 荷主検査</p> <p><input type="checkbox"/> 積止めコンテナ引渡し</p> <p><input type="checkbox"/> 船名変更による他TMLへの移動 (船名 _____ ⇒船名 _____)に変更</p> <p><input type="checkbox"/> 船名変更による構内移動 (船名 _____ ⇒船名 _____)に変更</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p><small>*原則としてフォーク機器を要する作業はお受けできませんので、ご了承下さい。 ※¹この専用フォームと併せて『指定検疫物票』のFAX、お願い致します。 ※²検査の事前にこの専用フォームと併せて『見本持出許可通知書』のFAX、お願い致します。</small></p>	