

E-mail : info@taxifolin.net

国際タキシフォリン学会理事長 宛

記入日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

認定マーク使用許諾申請書

フリガナ

貴社名 _____

フリガナ

ご担当者（氏名） _____

所属 _____ 役職 _____

〒 _____

ご住所 _____

TEL () FAX ()

E-mail _____ 企業 HP _____

製品名 :

当該製品に配合されているタキシフォリンの1日摂取目安量 :

商品仕様 :

請求書 請求書の発行を希望する

※直近1年以内に第三者試験機関により実施された分析試験に基づく分析証明書および、当該商品のパッケージデザインをあわせてご提出ください。

提出いただいた申込書は、理事会にて審査・承認の上、ご通知申しあげます。