

力計検査・校正申込書

日本海事協会 試験機室 御中

年 月 日

申込者名： 印

住 所：

電話番号： FAX 番号：

担当者名：

- 力計の検査・校正を日本海事協会の「登録規則」、「船級登録及び設備登録に関する業務提供の条件」、「舶用品等検査試験規則」、「試験機規則」及び「技術サービス規則」を了承の上、下記の検査・校正及び証明書の発行を申込みます。
- 本検査・校正中に生じた力計の損傷等に対しては、賠償の責は問いません。

英文証明書の発行希望の有無：（ある：ない） ※（ある）の場合は、所有者、製造者の英文を必ず記入してください。

用途、種類及び最大容量	圧縮用 力計種類 <input type="checkbox"/> 環状ばね・ <input type="checkbox"/> ロードセル・ <input type="checkbox"/> 容積型	最大容量 N・kN・MN				
製造者	(社名) (英文社名)					
力計型式						
製造番号・製造年月	第 号 年 月					
所有者	(社名) (住所) (英文社名) (英文住所)					
N K 登録番号	第 号					
適用規格	(1) JIS B7728 による JCSS 校正 (希望校正精度 JIS B7728 級) (2) <input type="checkbox"/> 試験機規則					
初回又は更新 前回の検査期日	<input type="checkbox"/> 初回 (製造者による過負荷試験履歴の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ・ <input type="checkbox"/> 更新 年 月 日					
指示装置の製造者	(和) (英)					
指示装置の種類	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/>ダイヤルゲージ <input type="checkbox"/>デジタルゲージ <input type="checkbox"/>マイクロメーター </td> <td style="border: none; vertical-align: middle;">} 番号：</td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/>センサー <input type="checkbox"/>アンプ <input type="checkbox"/>デジタル指示器 </td> <td style="border: none; vertical-align: middle;">} 型式： 番号：</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> ダイヤルゲージ <input type="checkbox"/> デジタルゲージ <input type="checkbox"/> マイクロメーター	} 番号：	<input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> アンプ <input type="checkbox"/> デジタル指示器	} 型式： 番号：
<input type="checkbox"/> ダイヤルゲージ <input type="checkbox"/> デジタルゲージ <input type="checkbox"/> マイクロメーター	} 番号：	<input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> アンプ <input type="checkbox"/> デジタル指示器	} 型式： 番号：			
内挿判定の希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
付属品等 計測に必要なケーブル等 の使用の記載						
負荷ステップ (8～15ステップまで)						
校正希望日	年 月 日 ～ 年 月 日					
証明書送付先	(社名) (住所)〒					
検査料金請求先	(社名) (住所)〒					
備考						

※下欄には記入しないで下さい。

検 印	校正証明書番号	N K 番号	校 正 日	校 正 手 数 料
			年 月 日	