

試験機器検査申込書

日本海事協会 御中

年 月 日

申込者名:

印

住 所:

電話番号:

FAX 番号:

担当者名:

- 試験機器の検査・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、業務支援致します。
- 本検査・校正中、貴会が認める[]所有の校正用機器を支給致します。

証明書の英文記載希望の有無:(ある ・ ない) ※(ある)の場合は、英文を必ず記入してください。

種類、用途、形式 及び容量等	<input type="checkbox"/> シャルピー式衝撃試験機 容量: J <input type="checkbox"/> 式硬さ試験機(スケール:) 型名等()
製造者	
製造番号 製造年月	No. / 年 月
所有者	(社名) (住所) (英文社名) (英文住所)
試験機番号	No.
検査の種類	<input type="checkbox"/> 初回検査 <input type="checkbox"/> 更新検査
検査基準	<input type="checkbox"/> 試験機規則 <input type="checkbox"/> JIS B _____ による鑑定
検査の施行条件	
前回の検査日	年 月 日
検査を受ける場所	(場所名) (住所) (英文場所名) (英文住所)
試験機の使用場所	(場所名) (住所) (英文場所名) (英文住所)
検査希望日	年 月 日
証明書送付先	(社名) (住所)〒
検査料請求先	(社名) (住所)〒

※下欄には記入しないで下さい。

検査員	証明書番号	検印・試験機番号	期 間	
			年 月 日から	年 月 まで
手数料	割 増		旅 費	合 計
	時 間 外	旅 行		