

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 環状ばね・ロードセル・容積 型力計	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							
適用規則等	(1) JCSS (希望校正精度 JIS B-7728 等級) (2) 試験機規則 (3) その他 ()							
初回又は更新	初回(新品の場合：過負荷試験の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ・ 更新							
前回の検査期日	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;"> ダイヤルゲージ デジタルゲージ マイクロメーター </td> <td style="border: none; font-size: 2em;">}</td> <td style="border: none;">番号：</td> <td style="border: none;"> センサー アンプ デジタル指示器 </td> <td style="border: none; font-size: 2em;">}</td> <td style="border: none;">番号：</td> </tr> </table>		ダイヤルゲージ デジタルゲージ マイクロメーター	}	番号：	センサー アンプ デジタル指示器	}	番号：
ダイヤルゲージ デジタルゲージ マイクロメーター	}	番号：	センサー アンプ デジタル指示器	}	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	計 箇所							
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	