

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。

1. 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（ ）
2. 製造者	
3. 製造番号 製造年月	No. / 年 月
4. 所有者	(社名) (住所) (英文社名) (英文住所)
5. 試験機番号	No.
6. 検査の種類	(1) 初回検査 (2) 更新検査
7. 検査基準	(1) 試験機規則 (2) その他規格（ ）
8. 検査の施行条件	
9. 前回の検査日	年 月 日
10. 検査を受ける場所	(場所名) (住所) (英文場所名) (英文住所)
11. 試験機の使用場所	(場所名) (住所) (英文場所名) (英文住所)
12. 検査希望日	年 月 日
13. 証明書送付先	
14. 検査料請求先	

※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 日まで
手数料	割 増		旅 費	合 計
時間外	旅	行		