

受付確認

会長	専務理事	事務局長	担当

## 鉄骨超音波探傷検査・外観検査 依頼申請書

年 月 日

(一社)北見工業技術センター運営協会

申請者住所 \_\_\_\_\_  
 会社名 \_\_\_\_\_  
 TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
 担当者メールアドレス \_\_\_\_\_

成績書の宛先	会社名				
工事名					
手数料請求先	住所	(〒 - )			
	会社名				
依頼する事項に記入又は○印を付けてください。					
検査要領	1,協会要領 2,抜取要領以外協会要領 3,工事仕様書による 4,その他 ( )				
検査希望日時	月 日 (AM/PM : )	成績書交付希望日	月 日		
検査対象箇所数	U T	箇所	成績書部数	1,規定の3通 2,その他( 通)	
	V T	箇所	成績書部数	1,規定の3通 2,その他( 通)	
特記事項					
検査料 (非会員は1.5倍)	検査手数料	交通費	日当	書類送料	合計
U T	1~	20,000			
	16~	25,000			
	31~	25,000+500x(n-30)			
V T	1~	10,000			
	21~	10,000+500x(n-20)			

試験に関するお願い

- 原則として試験・立会検査希望日の3日前までを申込期日とします。
- 申込期日までにFAX及び郵送にて送付ください。
- 検査時間は平日9:30~16:30までとします。
- 極力試験日と立会検査の日を同じ日としてください。
- 添付書類は、発注先が指定する抜取率・検査要領他がある場合その写し、キープラン、開先形状のわかる図面を添付してください。
- 同地域の場合、日程調整により変更をお願いする事もあります。
- 上記以外の件につきましてはあらかじめご相談ください。