受付確認

会　長	専務理事	事務局長	担　当

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　様

申請者住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX ＿＿＿＿＿＿＿＿

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または○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	月　　日		成績書交付希望日	月　　日		
検査対象箇所数	UT	箇所	成績書部数	１、規定の３通　２、その他（　通）		
	VT	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			検査手数料	交通費	日当	成績書	合計
UT	1～	30,000					
	21～	30,000 +800×(n-20)					
VT	1～	10,000					
	21～	10,000 +500×(n-20)					

試験に関するお願い

１．原則として試験・立会検査希望日の３日前までを申し込み期日とします。
２．申込期日までにＦＡＸおよび郵送にて送付してください。
３．検査時間は平日９：３０～１６：３０までとします。
４．極力試験日と立会検査の日を同じ日としてください。
５．添付書類は発注先が指定する抜取率・検査要領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。
６．同地域の場合日程調整により変更をお願いすることもあります。
７．ファブリケータは北海道溶接協会北見支部・機械工業会北見支部会員企業のみです。
８．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。