

コンクリートコア試験申込書

受付番号	— —
受付日	年 月 日

FAX 092-624-1308

株式会社麻生 建設コンサルティング事業部 御中

※太線枠内をご記入下さい。また報告書作成1件につき1枚申込書をご提出下さい。	報告書に記載する依頼者	会社名					印鑑(または署名)	
		住所	〒 - -					
		TEL	- -	FAX	- -			
		担当者	所属(部課名)	氏名			(必須)	
	請求先(連絡先)	(請求先または連絡先が報告書に記載する依頼者と異なる場合は、こちらに記入願います) 会社名・部署名 氏名: 住所 〒 - - TEL - - FAX - -						
	報告書の宛名	<input type="checkbox"/> 依頼者 <input type="checkbox"/> その他()						
	件名							
	試験項目・数量(本)	<input type="checkbox"/> 圧縮強度試験		本	<input type="checkbox"/> 静弾性係数(ヤング率)試験		本	
		<input type="checkbox"/> 中性化試験(側面):写真付		本	<input type="checkbox"/> 中性化試験(割裂面):写真付		本	
		<input type="checkbox"/> 塩化物イオン試験(次頁2.に記入願います)			<input type="checkbox"/> その他(次頁3.に記入願います)			
	コア形状・寸法(mm)	<input type="checkbox"/> φ50 <input type="checkbox"/> φ75 <input type="checkbox"/> φ100 <input type="checkbox"/> その他()						
	コアの搬入方法	<input type="checkbox"/> 手渡し(持込み) <input type="checkbox"/> 送付		強度の識別(明確な場合、記入願います)	<input type="checkbox"/> 60N/mm ² 以下 <input type="checkbox"/> 60N/mm ² 超え			
	搬入予定日	年 月 日	立会いの希望		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し			
	速報希望日	年 月 日	速報送付先(FAXでの送付となります)		<input type="checkbox"/> 依頼者 <input type="checkbox"/> 請求先(連絡先)			
	報告書部数	部	※必要な部数を記入ください。		写真撮影(デジカメで撮影)	<input type="checkbox"/> 要() <input type="checkbox"/> 無し		
	報告書の送付	<input type="checkbox"/> 要(依頼者) <input type="checkbox"/> 要(請求先) <input type="checkbox"/> 不要(手渡し)						
	供試体の処分	<input type="checkbox"/> 返却要(持ち帰り) <input type="checkbox"/> 返却要(宅配便着払い) <input type="checkbox"/> 返却不要 (別途、処分料を請求します。)						
	採取日	採取場所(部位)	コア記号	特記事項	採取日	採取場所(部位)	コア記号	特記事項

株麻生記入欄

項目	数量	単価(税抜)	金額
圧縮強度試験			
静弾性係数試験			
中性化(側面)			
中性化(割裂面)			
塩化物イオン			
塩化物イオン(粉末)			
カット			
研磨(またはキャッピング)			
写真撮影(デジカメ)			
追加報告書発行料			
処分料(寸法により異なる)			
小計(税抜)			
消費税			
金額(税込み)			

写真撮影の項目・内容・数量, その他打合せ事項等

管理職員	業務担当者	打合せ担当者
/	/	/

※お問い合わせは、打合せ担当者または業務担当者をお願いします。
(お問い合わせ先TEL 092-624-1305)

受付印

試験終了予定日	年 月 日
報告書発行予定日	年 月 日

コンクリートコア試験申込書

受付番号	
受付日	

記入例

FAX 092-624-1308

株式会社麻生 建設コンサルティング事業部 御中

※太線枠内をご記入下さい。また報告書作成1件につき1枚申込書をご提出下さい。	報告書に記載する依頼者	会社名	株式会社〇〇△△				印鑑(または署名)	
		住所	〒 811 - 2304 福岡県糟屋郡〇〇町△△1234番地				 またはサイン 請求先が試験申込を行う場合は請求先の欄に捺印又はサインをお願いします	
		TEL	092 - 624 - 1304	FAX	092 - 624 - 1309			
		担当者	所属(部課名)	コンサル事業部		氏名	試験 一郎	
	請求先(連絡先)	(請求先または連絡先が報告書に記載する依頼者と異なる場合は、こちらに記入願います)						
		会社名・部署名	〇〇〇〇株式会社 調査部			氏名	〇〇 〇〇 またはサイン	
		住所	〒 123 - 4567 福岡県〇〇郡△△町1丁目2番3号		TEL	092 - 624 - 1305		
				FAX	092 - 624 - 1310			
	報告書の宛名	<input type="checkbox"/> 依頼者 <input checked="" type="checkbox"/> その他(<input checked="" type="checkbox"/> 〇〇市建設課)						
	件名	〇〇橋梁調査業務委託						
	試験項目・数量(本)	<input checked="" type="checkbox"/> 圧縮強度試験		3 本	<input type="checkbox"/> 静弾性係数(ヤング率)試験		本	
		<input checked="" type="checkbox"/> 中性化試験(側面):写真付		3 本	<input type="checkbox"/> 中性化試験(割裂面):写真付		本	
		<input checked="" type="checkbox"/> 塩化物イオン試験(次頁2.に記入願います)			<input checked="" type="checkbox"/> その他(次頁3.に記入願います)			
	コア形状・寸法(mm)	<input type="checkbox"/> φ50 <input type="checkbox"/> φ75 <input checked="" type="checkbox"/> φ100 <input checked="" type="checkbox"/> その他(φ80)						
	コアの搬入方法	<input type="checkbox"/> 手渡し(持込み) <input type="checkbox"/> 送付		強度の識別(明確な場合、記入願います)	<input type="checkbox"/> 60N/mm ² 以下 <input type="checkbox"/> 60N/mm ² 超え			
	搬入予定日	2019年 4月 20日		立会いの希望	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無し			
	速報希望日	2019年 5月 11日		速報送付先(FAXでの送付となります)	<input type="checkbox"/> 依頼者 <input checked="" type="checkbox"/> 請求先(連絡先)			
	報告書部数	2部 ※必要な部数を記入ください。		写真撮影(デジタルカメラ)	<input checked="" type="checkbox"/> 要(<input checked="" type="checkbox"/> 状況写真) <input type="checkbox"/> 無し			
	報告書の送付	<input type="checkbox"/> 要(依頼者) <input checked="" type="checkbox"/> 要(請求先) <input type="checkbox"/> 不要(手渡し)						
	供試体の処分	<input type="checkbox"/> 返却要(持ち帰り) <input checked="" type="checkbox"/> 返却要(宅配便着払い) <input type="checkbox"/> 返却不要 (別途、処分料を請求します。)						
	採取日	採取場所(部位)	コア記号	特記事項	採取日	採取場所(部位)	コア記号	特記事項
	2019年4月19日	P1主桁	P1-C1	圧縮, 中性化				
	2019年4月19日	P2主桁	P2-C1	圧縮, 中性化				
	2019年4月19日	P3主桁	P3-C1	圧縮, 中性化				

麻生記入欄

項目	数量	単価(税抜)
圧縮強度試験		
静弾性係数試験		
中性化(側面)		
中性化(割裂面)		
塩化物イオン		
塩化物イオン(粉末)		
カット		
研磨(またはキャッピング)		
写真撮影(デジタルカメラ)		
追加報告書発行料		
処分料(寸法により異なる)		
小計(税抜)		
消費税		
金額(税込み)		

採取コア供試体本数が多く、申込書に記載できない場合は、別表等を別途、作成の上、添付してください。

管理職員	業務担当者	打合せ担当者
/	/	/

※お問い合わせは、打合せ担当者または業務担当者をお願いします。
(お問い合わせ先TEL 092-624-1305)

受付印

試験終了予定日	年	月	日
報告書発行予定日	年	月	日

