

試験依頼書(静弾性試験)

関東技術サービス(株)

〒349-0204 埼玉県白岡市篠津1308
 TEL:0480(38)7415 FAX:0480(37)7004
 MAIL:tc@kanto-ts.co.jp

	(正)	副	控
受付番号	- -		
依頼日	年	月	日
受付日	年	月	日

太枠内の必要事項を記入してください。

依頼者	フリガナ 依頼会社名				
	フリガナ 依頼者住所				
	連絡担当者	部署 電話	氏名 FAX	(携帯電話)	
請求先	フリガナ 会社名			指定請求書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	フリガナ 住所			支払方法	<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 現金
	担当者	電話	FAX	請求書締日	日
				支払い日	日

報告書郵送先	<input type="checkbox"/> 依頼者 <input type="checkbox"/> 請求先
--------	---

※ 報告書郵送先を依頼者又は請求先のそれぞれどちらかにチェックを入れてください。
 郵送先が上記に該当しない場合は、備考欄にご記入願います。

試験方法	JIS A 1108 (コンクリートの圧縮強度試験方法)に準拠する					
	JIS A 1149 (コンクリートの静弾性係数試験方法)に準拠する					
供試体の概要	目的又は 工事名称					
	採取日	製造工場				
	配合	名称	呼び強度	スランプ	最大寸法	セメント

依頼項目	試験項目及び作業内容	数量	試験項目及び作業内容	数量
<input type="checkbox"/>	JIS A 1149 コンクリートの静弾性係数試験(1本)		<input type="checkbox"/> 報告書部数(指定の無い場合正1部)	正 副
<input type="checkbox"/>	供試体端面の研磨仕上げ(片面3本)		<input type="checkbox"/>	

備考					
----	--	--	--	--	--

送料搬入 <input type="checkbox"/> 引取() <input type="checkbox"/> 持込() <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 他()	確認者	日付
--	-----	----

強度試験結果	材齢	試験日	No.	直径	高さ	最大荷重(kN)	強度(N/mm ²)	静弾性係数(kN/mm ²)	破壊の状況
			1	/					<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不
			2	/					<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不
			3	/					<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不
	試験実施者			平均値					<input type="checkbox"/> 発行

ご案内

- 依頼及び試験で知り得た情報は守秘致します。
- 請求書は試験の実施計画が確定した後、お送り致します。
- 請求書及び報告書は連絡担当者へ送付します。
 別途、ご要望があれば備考欄にご記入下さい。
- 依頼書は報告書作成1件につき1枚提出して下さい。試験項目や試験体の種類別に報告書が必要な場合は予め、それぞれ一枚ずつ記載し、ご提出下さい。

承認	経理	所長	担当者	受付者