

断面修復材性能照査試験依頼票

令和 年 月 日

一般社団法人 日本建設機械施工協会
 施工技術総合研究所長 殿

依頼者住所 〒

会社名

代表者役職・氏名

担当者所属・氏名

電話番号

e-mail

印

会社名		材料名	
吹付け内容		吹付け施工業者名	
試験項目及び必要事項 (試験コード)			
施工希望年月日		試験希望期間	
試験結果希望年月日			
成績書の数量		正本通・複本通	
試料の返還要否		要・否	
その他		供試体は弊社が責任をもって、作製します	
* 依頼票受付		* 成績書発送	
		令和 年 月 日	* 試験料 円
		_____号にて 手交・郵送	

必要事項を記入してください。*欄は研究所にて使用します。