

衝撃試験機検査・校正申込書

日本海事協会 試験機室 御中

年 月 日

申込者名(社名):

住所:〒

担当者名:

電話番号:

E-mail:

FAX 番号:

- 一軸試験機の検査・校正を日本海事協会の「登録規則」、「船級登録及び設備登録に関する業務提供の条件」、「舶用品等検査試験規則」、「試験機規則」及び「技術サービス規則」を了承の上、下記の検査・校正及び証明書の発行を申込みます。
- 本検査・校正中、業務支援致します。
- 本検査・校正中、貴会が認める [] 所有
の校正用機器を支給致します。

証明書の英文記載希望の有無:(ある ・ ない) ※(ある)の場合は、各所の英文を必ず記入してください。

依頼者 (証明書所有者欄に記載)	社名: 住所: 英文社名: 英文住所:		
検査・校正場所 (場所名は、社名のみでは不可)	場所名: 住所: 英文場所名: 英文住所:		
計量器の名称、形式	シャルピー衝撃試験機(金属用) 容量: J 型名:		
製造番号・製造年月	No. . 年 月		
製造者	(和) (英)		
NK試験機番号	I - <input type="checkbox"/> なし		
適用規格	<input type="checkbox"/> 試験機規則 (<input type="checkbox"/> 手動機 <input type="checkbox"/> 全自動機 <input type="checkbox"/> 半自動機) <input type="checkbox"/> JIS B 7722 による鑑定(不確かさを除く) (<input type="checkbox"/> 体系図)		
検証条件	刃先 (<input type="checkbox"/> 2R / <input type="checkbox"/> 8R) ・ 表示形式 (<input type="checkbox"/> 目盛盤と指針 / <input type="checkbox"/> デジタル)		
	検証場所重力加速度 m/s² (必ず記入) モーメント(*前回の値を引き継ぐ場合) $F =$ N $l_2 =$ m 間接検証レベル (*間接検証に用いる基準片は申込者からの提供による。2レベル以上とする。) J . J . J		
立会希望日	年 月 日	前回実施日	年 月 日
証明書送付先 (<input type="checkbox"/> 申込者と同じ)	社名: 住所:〒 担当者名: E-mail: TEL		
手数料請求先 ※請求書はE-mailでの発行となります (<input type="checkbox"/> 申込者と同じ)	社名: 住所:〒 担当者名: E-mail: TEL		

※以下欄には記入しないで下さい。

受付番号	TTT	受付日		案件番号	
------	-----	-----	--	------	--