

試験申込書 [アルカリ骨材反応性]

ASR 第 号

お客様 (請求及び郵送先)	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	TEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	事業所名		FAX	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	役職 代表者氏名 メールアドレス				※PCメールアドレスのみ
	連絡責任者 氏名		TEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			FAX	<input type="text"/>	<input type="text"/>
報告書宛名	事業所名	[お客様(請求及び郵送先)と報告書宛名が違う場合に記入して下さい]			
	役職 代表者氏名				

試験項目	選択	手数料 (円)	
		単価(税込)	金額
1. 化学法 JIS A 1145	<input type="checkbox"/>	47,250	
2. モルタルバー法 JIS A 1146	<input type="checkbox"/>	105,000	
3. 副本[化学法]	部	420	
4. 副本[モルタルバー法](3ヶ月)	部	420	
5. 副本[モルタルバー法](6ヶ月)	部	420	
合計金額(税込)			

試料の用途	<input type="checkbox"/> JIS認証用 (ISO17025ロゴマーク付き、自己適合宣言)	<input type="checkbox"/> JIS認証以外 (JIS A 5308レディーミクストコンクリート適用外、他)
骨材の種類		
産地		
水系及び河川名		
試料の採取場所	<input type="checkbox"/> スtockヤード	<input type="checkbox"/> ベルトコンベア上
	<input type="checkbox"/> ダンプトラック上	<input type="checkbox"/> ベルトコンベア下
	<input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)	
試料採取日	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
試料採取者	<input type="checkbox"/> 「顧客」と表記 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)	
報告書のお受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口受取	
試料返還の要否	<input type="checkbox"/> 「不要」:廃棄 <input type="checkbox"/> 「要」:窓口受取 <input type="checkbox"/> 「要」:宅配(着払い)	

特記事項	建設技術センター使用欄	
	<input type="checkbox"/> ロゴ有り <input type="checkbox"/> ロゴ無し <input type="checkbox"/> 未対応 ・依頼区分	<input type="checkbox"/> 試料受入 <input type="checkbox"/> 納品
	・予定納期 : 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	

問い合わせ先 財団法人 新潟県建設技術センター フリーダイヤル.0120-668-011

■ 新潟本所 : 〒950-1101 新潟市西区山田2522-18 TEL. 025-267-2191 FAX. 025-267-4965