

SG型式確認試験更新依頼書

依頼年月日 年 月 日

一般財団法人 ボーケン品質評価機構
殿

〒 -

- 1. 二重線より上をご記入願います。
- 2. ※印は、社名と異なる場合のみご記入願います。

住所:

(フリガナ)

社名: 代表者名: ⑩

担当者部課名: 担当者名:

TEL: FAX:

E-MAIL:

報告書宛名: ※

請求書宛名: ※

報告書	要(通)・否
試料破壊	可・不可
残試料返却	要・否
受取方法	来構・郵送

一般財団法人ボーケン品質評価機構業務規程第14条の規定により型式確認の更新を受けたいので、依頼します。

品名	
品番	
型式の区分	別紙参照
備考	

注: 以下は、記入しないでください。

受付番号

受理年月日	年 月 日	受付担当	
-------	-------	------	--

(生活)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

受付責任者	発行責任者	発行担当者	出来上り予定日	TEL・FAX連絡	月	日	試料返却	報告書発送	月	日
			/	連絡先			連絡者	1. 郵送 2. 宅配便 3. 引取 4. 持参		

SG型式確認試験更新依頼書

依頼年月日 年 月 日

一般財団法人 ボーケン品質評価機構
殿

〒 -

1. 二重線より上をご記入願います。
2. ※印は、社名と異なる場合のみご記入願います。

住所:

(フリガナ)

社名: 代表者名: ⑩

担当者部課名: 担当者名:

TEL: FAX:

E-MAIL:

報告書宛名: ※

請求書宛名: ※

報告書	要(通)・否
試料破壊	可・不可
残試料返却	要・否
受取方法	来構・郵送

一般財団法人ボーケン品質評価機構業務規程第14条の規定により型式確認の更新を受けたいので、依頼します。

品名	
品番	
型式の区分	別紙参照
備考	

注: 以下は、記入しないでください。

受付番号

受理年月日	年 月 日	受付担当	
-------	-------	------	--

(生活)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

受付責任者	発行責任者	発行担当者	出来上り予定日	TEL・FAX連絡	月	日	試料返却	報告書発送	月	日
			/	連絡先			連絡者	1. 郵送 2. 宅配便 3. 引取 4. 持参		