



受付	月	日	受付印
	No.		

試 験 依 頼 書

平成 年 月 日

一般財団法人 日本車両検査協会 殿

〒

依頼者 住 所 _____



社 名 _____ (印)

担当者 _____ 部課名 _____

TEL _____ FAX _____

下記のとおり試験を依頼します。

品 名 ・ 型 式 ・ 仕 様	数 量	試 験 項 目					
品名：乗車用ヘルメット 型式名： 型式区分：	個・組・台 5	特殊検査					
製造者名	(外国企業の場合は国名)						
希望事項	終了希望日 月 日 成績書希望部数 1 部 試料返却 (要)・不要						
記 事	※すべり抵抗試験を受験される場合ヘルメットを1個追加して下さい。 (主要部材の材質) (製造番号等)						
試験料内訳	(試験料明細)						
	(成績書発行料)						
	(消費税)						
	(送料)						
所 長	次 長	主 任	係 員	成績書発行日	試験料請求金額	請 求 書 番 号	領収印

- (記入上のお願い)
1. 太枠内は記入しないでください。
 2. 内容は正確に記入し、もれのないようにしてください。
 3. この依頼書は、原則として1品1葉として記入してください。
 4. 当会にて試験済み試料の廃棄を希望される場合は、別途処理費用を申し受けます。