

コンクリートコアの試験依頼書

一般財団法人 建材試験センター 工事材料試験所長 殿
 下記の内容にて試験を依頼します。

受付番号	問合番号	工試第
	試験番号	号
受付日	年	月 日

(太枠の中のみご記入下さい。)

依頼者 (報告書宛名)	会社名: _____ Email: _____ @ _____ .jp 代表者名: _____ 担当者: _____ 住所: 〒 _____ TEL: _____ FAX: _____
依頼代行業者を利用する場合	以下の条件に同意し依頼手続きを代行します。 1. 当現場は、当社と契約したもので依頼者から依頼代行の要請を受けた現場です。 2. 試験結果及び試験報告書の連絡または発行については貴所に一任します。 3. 依頼内容に起因し、依頼者または貴所に損害が発生した場合は、その損害相当額を当社が弁済します。 会社名 _____ 担当者 _____ 印 _____
試験料金請求先 (依頼者と異なる場合)	会社名: _____ Email: _____ @ _____ .jp 住所: 〒 _____ TEL: _____ FAX: _____ 担当者: _____

1. 供試体履歴

工事名称				
コンクリート種類		セメント種類		粗骨材の最大寸法
コンクリート打込日		コア切り取日		材 齢
コアの呼び直径	φ _____ cm	設計基準強度		kgf/cm ² ・N/mm ²
コアの切り取り位置				
コアの記号・番号				

2. 試験内容

試験項目	1. 圧縮強度※ ¹ (_____ 個) 4. その他 2. 中性化※ ² (_____ 個) 3. 見掛け密度※ ³ (_____ 個)
写真撮影条件(中性化以外)	1. 試験前 2. 試験中 3. 試験後
写真取扱い方法	<input type="checkbox"/> 報告書添付のみ <input type="checkbox"/> 報告書添付とデータ <input type="checkbox"/> データのみ <input type="checkbox"/> その他 ※試験報告書の発行(発行日)以降は、写真等に関するご要望はお受けできません。
要望事項	供試体返還 <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要 FAX希望 <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要 立会試験 <input type="checkbox"/> 要(希望日時 月 日 AM・PM 時)・ <input type="checkbox"/> 不要
報告書必要部数※ ⁴	部 郵送希望 <input type="checkbox"/> 要(宛先: _____)・ <input type="checkbox"/> 不要

※1)圧縮強度が100N/mm²を超える場合は、圧縮強度の補正は行わず、参考値扱いになります。また、鉄筋の有無による強度補正は行いません。

※2)中性化状況の報告書記載内容は、最大値及び平均値のみとさせていただきます。

※3)ご依頼のない場合は、質量の測定は致しません。

※4)ご記入のない場合は、報告書部数を1部とさせていただきます。

試験料金(建材試験センター記入欄) <セット料金: 圧縮+中性化+見掛け密度, 圧縮+中性化>

試験項目	単価	数量	金額	試験項目	単価	数量	金額	備考:
圧縮				写真(カット数)				受付担当者
中性化				追加写真(枚)				事務責任者
見掛け密度				報告書				(試験責任者)
端部カット				追加報告書				(試験監督者)
端面処理								室 長
								依頼書入力
				合計				請求書発行
				(内消費税 %)				報告書発行