

- 改良土の一軸圧縮試験 依頼書
 ソイルセメント
 地盤改良材
 その他 ()

受付番号	問合番号	工試第
	試験番号	
受付日	年	月 日

(一財)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。

太枠の中のみご記入ください。※は報告書作成に必要な項目ですので必ず記載して下さい。

(報告書宛名) 依頼者※	会社名			
	住所	〒	TEL	
			FAX	
代表者		担当者	印	
工事名称※				
発注者名				
採取箇所※		試験方法	<input type="checkbox"/> JIS A 1216 (変位制御, 圧縮ひずみ 1%/min, ただし, 強度は最大荷重を原断面積で除して求める)	
供試体数※	本		<input type="checkbox"/> JIS A 1108 (荷重制御, 強度目安 5N/mm ² 以上)	
打設日※	年 月 日			
採取日※ (コアの場合のみ)	年 月 日	設計強度	<input type="checkbox"/> N/mm ² <input type="checkbox"/> kN/m ²	
養生方法※ (型枠使用の場合のみ)		試験結果の表示単位※	荷重	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> kN
試験日※	年 月 日 (材齢 日)		強度	<input type="checkbox"/> N/mm ² <input type="checkbox"/> kN/m ²
報告書必要部数	部 郵送希望 要・不要			
写真撮影状況	試験 前 中 後	湿潤密度測定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
写真取扱い方法	<input type="checkbox"/> 報告書添付 <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。	立会試験	年 月 日 AM/PM	
		供試体返還	要 ・ 不要	

試験料金請求先 及び 試験報告書送付先 (依頼会社と別の場合は記入してください。)

会社名:			
住所:	〒		
担当者:	TEL	FAX	

試験料金 (建材試験センター記入欄)

試験項目	数量	単価	金額	受付	事務責任者	(試験責任者)
一軸圧縮試験(変位制御, ひずみ測定無し)						
一軸圧縮試験(荷重制御, ひずみ測定無し)						
ひずみ測定						
湿潤密度				(試験監督者)	室長	依頼書入力
写真(カット数)				請求書発行 出・都	報告書発行	精算
追加写真(枚)						
報告書						
追加報告書						
端部カット						
合計						
(内消費税 %)						