

検査予約申込書

(株) 総合確認検査機構
ACIアドバイザー 殿

送信者

会社名: _____
氏名: _____
連絡先: _____
FAX: _____

1. 下表物件の検査の予約をお願い致します。

確認済証番号	第	号	交付年月日	年	月	日
建築主名						様
建築場所						
建物用途	<input type="checkbox"/> 一戸建ての住宅 <input type="checkbox"/> その他()		構造	造		
延べ面積	㎡		階数	一部	造	
検査対象床面積	㎡			地上	階	
建築物等の種別	<input type="checkbox"/> 建築物 <input type="checkbox"/> 昇降機 <input type="checkbox"/> 小荷物専用昇降機 <input type="checkbox"/> 工作物					
工事の種別	<input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 増築 <input type="checkbox"/> その他()					
検査の種別	<input type="checkbox"/> 建築基準法に基づく中間検査1回目(基礎) <input type="checkbox"/> 建築基準法に基づく中間検査2回目(建て方) <input type="checkbox"/> 建築基準法に基づく完了検査 <input type="checkbox"/> その他()					

2. 検査希望日時等(事前に当社HPの検査予約状況をご確認の上、希望日時を決定し当社までFAXをお送り下さい。調整の上、検査ご希望日の4日前までに、下記お知らせのFAXを返送致します。)

第1希望	平成 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後)				
第2希望	平成 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後)				
立会者氏名	会社名	様	立会者連絡先	携帯	

検査日時決定のお知らせ。 平成 年 月 日

毎々格別のお引き立てにあずかり、誠にありがとうございます。上記物件の検査の日時が決定いたしましたのでお知らせ致します。

検査日時: 平成 年 月 日 (AM・PM 時 分頃)

当社検査員 が伺い、上記物件の検査をさせていただきます。

なお、上記検査日の2日前までに、必ず申請くださいますようお願い申し上げます。

株式会社 総合確認検査機構

本件担当: ACIアドバイザー

TEL: 06-6484-2251 / FAX: 06-6484-2252