一般社団法人日本福祉用具評価センター　　試験評価部　宛
ＦＡＸ：０７８－３０３－０５０６　　又　　Mail：info@jaspec.jp

試　験　依　頼　書

依頼年月日					
試験概要（規格番号、項目等）					
試験対象品目	□手動車椅子（□標準形・□座位変換形）□電動車椅子（□標準形・□簡易形・□座位変換形）□ハンドル形電動車椅子、□ベッド（□在宅用・□病院用）、□座位保持装置、□歩行車、□歩行器、□シルバーカ、□ポータブルトイレ、□入浴用いす、□浴槽内いす、□据置形手すり、□棒状杖、□松葉杖、□移動用リフト、□その他（　　）				
試験品名					
試験品型番					
会社名					
住所	〒				
所属・役職		業種			
担当者氏名					
電話		FAX		Email	
支払条件	日〆　　日振込				
特記事項	使用者最大体重（　　Kg ） 受託番号※				

日本福祉用具評価センター（ＪＡＳＰＥＣ）　ＴＥＬ０７８－３０６－０５５６
ＦＡＸ０７８－３０３－０５０６　〒650-0047　兵庫県神戸市中央区港島南町 7-1-5

注１．※印箇所は記入しないでください。
注２．*取扱説明書（主要寸法、総重量等記載のもの）がある場合、可能な限り試験品送付時に同封してください。
*支払条件には、貴社の支払スケジュールをご記入下さい。
*特記事項には，製品に対する使用者最大体重の他、特記すべき事項を記入してください。
手動車椅子については標準形・室内形の区別、電動車椅子（ハンドル形含む）についてはバッテリの５時間率数値、取扱説明書記載の連続走行距離を事前に調べ、記入してください。
*その他ご不明な点につきましては、JASPEC 試験評価部へお問い合わせください。