

株式会社〇〇
〇〇様

試験確認書

依頼先 (担当者)	株式会社〇〇 (〇〇様)		
試験対象品目	<input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 手動・ <input type="checkbox"/> 電動)、 <input type="checkbox"/> ベッド (<input type="checkbox"/> 在宅・ <input type="checkbox"/> 病院)、 <input type="checkbox"/> その他 ()		
試験品	<input checked="" type="checkbox"/> 要返却 <input type="checkbox"/> 廃棄 (試験品名: 型番: 台数: 台) ※天災等により、試験品に何らかの異常が生じ、試験の実施が困難になった場合、試験品を再度お送り頂く場合がございます。 ※要返却を希望の場合、試験終了後、準備が出来次第、返却させていただきます。(着払い) ※廃棄の場合、廃棄費用を別途請求させていただきます。		
確認合意履歴	初回契約	<input checked="" type="checkbox"/> 確認 <input checked="" type="checkbox"/> 合意 2015.〇.〇 【納期予定】 2015.〇.〇 試験担当者 印	技術管理者 印 ⇒ 試験要員 印
		見積金額	¥ (見積書No.)
	変更内容	<input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 合意 2015.〇.〇 【納期予定】 2015.〇.〇 試験担当者 印	技術管理者 印 ⇒ 試験要員 印
		見積金額	¥ (見積書No.)
類似試験	<input checked="" type="checkbox"/> 有 or 無		
特記事項	※最大使用者体重 (kg)		
	※下請負事業者利用が有る場合は事業者名を必ず記載すること		
	支払条件	日 振 日 振 込	受託番号*

※試験品について、依頼者が規格適合性を判定する時、不確かさは明示的に考慮する必要はない (JNLA 要求事項より抜粋)

品目=M:手動車いす、P:電動車いす、H:ハンドル形電動車いす、B:ベッド、HB:病院用ベッド、O:その他

試験確認書のレビュー		
承認 ←	精査 ←	確認
センター長 印	品質管理者 印	技術管理者 印

試験確認欄 (以下の太枠内をご記入願います)

所属		氏名	印
返信手段	FAX 郵送 その他 ()	返信日	年 月 日
返信先	FAX:078-303-0506 〒650-0047 兵庫県神戸市中央区港島南町 7-1-5 日本福祉用具評価センター		

依頼試験内容確認後、FAX、又は郵送で連絡先まで返信ください。(受信後、5営業日以内)

また、今回の試験に際して御意見等がございましたら、JASPECまでご連絡ください。

試験評価部長確認	年 月 日	試験要員確認	年 月 日
	氏名 印		氏名 印