

試験確認書

依頼先 (担当者)	株式会社 (様)		
品目及び規格	対象品目 :	対応規格 : JIS T	
試験品	<input checked="" type="checkbox"/> 要返却 <input type="checkbox"/> 廃棄 (試験品名 : 型番 : 台数 : 台) ※試験過程によっては、試験品に直接マーキングをさせていただくことがあります。また、試験時に破損する場合もございます。 ※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 2017. 【納期予定】 2017. 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 【納期予定】 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	① or 無		
特記事項	※最大使用者体重 (kg) ※型式分類、区分もしくは種類(〇〇用、〇〇形、〇〇式) (! 作成者への注意! 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。 JNLA 試験証明書の場合は最大使用者体重が登録範囲内か確認すること。)		
	支払条件	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)

※上記の確認内容に記載されていない事項については、JASPECの試験業務受託約款に従うものとします。

試験確認書のレビュー			送信確認欄	
承認 ←	精査 ←	確認	送信手段	
センター長 印	品質管理者 印	技術管理者 印	送信日	
			送信者名	

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