

※裏面には注意事項がございます。ご提出の際は表面のみご送付ください。

(送付先) 一般社団法人日本福祉用具評価センター (JASPEC) 試験評価部 宛

〒650-0047 兵庫県神戸市中央区港島南町 7-1-5

FAX 078-303-0506

Mail info@jaspec.jp

試験依頼書/見積依頼書

*は記入必須

*依頼年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 試験依頼	<input type="checkbox"/> 見積依頼
*依頼内容		<input type="checkbox"/> その他相談 ()	
*試験概要 (規格名・番号、 試験項目等)			
*試験対象品目	<input type="checkbox"/> 手動車椅子 (<input type="checkbox"/> 標準形・ <input type="checkbox"/> 座位変換形) <input type="checkbox"/> 電動車椅子 (<input type="checkbox"/> 標準形・ <input type="checkbox"/> 簡易形・ <input type="checkbox"/> 座位変換形) <input type="checkbox"/> ハンドル形電動車椅子、 <input type="checkbox"/> ベッド (<input type="checkbox"/> 在宅用・ <input type="checkbox"/> 病院用)、 <input type="checkbox"/> 座位保持装置、 <input type="checkbox"/> 歩行車、 <input type="checkbox"/> 歩行器、 <input type="checkbox"/> シルバーカ、 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ、 <input type="checkbox"/> 入浴用いす、 <input type="checkbox"/> 浴槽内いす、 <input type="checkbox"/> 据置形手すり、 <input type="checkbox"/> 棒状杖、 <input type="checkbox"/> 松葉杖、 <input type="checkbox"/> 移動用リフト、 <input type="checkbox"/> その他 ()		
*試験品名		使用者最大体重	kg
試験品型番		*搬入予定日	年 月 日
*会社名		業 種	
*所在地	〒 —		
*担当者氏名		所属・役職	
*電話番号		*E-Mail	
支払条件	日〆 日振込		
その他 特記事項			

(JASPEC 記入個所) 受託管理番号

【ラボ管】様式-1 200201 版

<記入上の注意事項>

試験結果の送付先が異なる場合にはその旨を特記事項にご記入ください。

この書面の提出日をご記入ください。
また、お客様の依頼内容をご選択ください。

試験依頼書/見積依頼書

依頼年月日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 試験依頼	<input type="checkbox"/> 見積依頼
依頼内容	<input type="checkbox"/> その他相談 ()			
試験概要 (規格名・番号、試験項目等)				
試験対象品目	<input type="checkbox"/> 手動車椅子 (<input type="checkbox"/> 標準形・ <input type="checkbox"/> 座位変換形) <input type="checkbox"/> 電動車椅子 (<input type="checkbox"/> 標準形・ <input type="checkbox"/> 簡易形・ <input type="checkbox"/> 座位変換形) <input type="checkbox"/> ハンドル形電動車椅子、 <input type="checkbox"/> ベッド (<input type="checkbox"/> 在宅用・ <input type="checkbox"/> 病院用)、 <input type="checkbox"/> 座位保持装置、 <input type="checkbox"/> 歩行車、 <input type="checkbox"/> 歩行器、 <input type="checkbox"/> シルバーカ、 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ、 <input type="checkbox"/> 入浴用いす、 <input type="checkbox"/> 浴槽内いす、 <input type="checkbox"/> 据置形手すり、 <input type="checkbox"/> 棒杖、 <input type="checkbox"/> 松葉杖、 <input type="checkbox"/> 移動用リフト、 <input type="checkbox"/> その他 ()			
試験品名		使用者最大体重	kg	
試験品型番		搬入予定日	年 月 日	
会社名		業 種		
所在地	〒 -			
担当者氏名		所属・役職		
電話番号		FAX		E-Mail
支払条件	日ペ 日振込			
その他特記事項				

試験に関する連絡の窓口となるご担当者様、ご連絡先をご記入ください。

支払条件には、貴社の支払スケジュールをご記入下さい。

- ・ その他特記事項には、お客様のご要望や、試験結果の利用目的など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・室内形の別をご記入ください。
- ・ 電動車椅子 (ハンドル形含む) については、バッテリーの5時間率数値、取扱説明書記載の連続走行距離をご記入ください。
- ・ 試験結果の報告書については、必要があれば、メールにて確認用のPDFをお送りすることも可能です。ご希望の場合、特記事項にご記載ください。なお、文言の修正は可能ですが、試験結果の変更は対応できません。また、貴社の確認期間として5営業日を納期に追加させていただきます。

<その他試験に関する注意事項>

- ・ 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。
- ・ 試験ご依頼におきましては、事前にJASPECホームページに掲載の「試験業務受託約款」をよくお読みいただきますようお願いいたします。(URL : <http://www.jaspec.jp/application.php>)
- ・ 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。