

日立アプライアンステクノサービス株式会社
 校正・環境課 行
 FAX 0294-37-1902

弊社受付番号

JCSS校正依頼書

発行日 年 月 日

申込者 (請求先)	会社名 _____	承認者	担当者
	住所 〒 _____		
	TEL _____		
	FAX _____		
	E-mail _____		
証明書宛名	会社名 _____ 住所 〒 _____	【要求書類】 校正証明書(和文) 1通 (1通は校正料金に含みます)	
証明書宛名 (英文)	会社名 _____ 住所 _____	校正証明書(英文) 通 トレーサビリティ体系図 通 ※上記は有料となります	

【校正依頼内容】 必要な項目にチェックマークをご記入ください。

<input type="checkbox"/> ブロックゲージ校正依頼 等級 <input type="checkbox"/> 0級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 等級指定なし 材質 <input type="checkbox"/> 鋼製(スチール) <input type="checkbox"/> セラミックス製			
<input type="checkbox"/> 分銅・おもり校正依頼 等級 <input type="checkbox"/> OIML M1相当 <input type="checkbox"/> OIML M2相当 <input type="checkbox"/> OIML M3相当 材質 <input type="checkbox"/> ステンレス製 <input type="checkbox"/> 炭素鋼 <input type="checkbox"/> 鉄 <input type="checkbox"/> 鋳鉄 <input type="checkbox"/> プラチナ <input type="checkbox"/> 洋銀 <input type="checkbox"/> 黄銅			
校正周期	<input type="checkbox"/> 1年	<input type="checkbox"/> 6ヶ月	<input type="checkbox"/> その他()ヶ月
校正ラベル	<input type="checkbox"/> 次回校正予定		<input type="checkbox"/> 校正実施月
保険(宅配便返却時)		<input type="checkbox"/> 要(保険金額 万円)	<input type="checkbox"/> 否
※保険金額の掛金は実費を申し受けます			
通信欄			

【依頼品】 (別紙 有 無)

No.	品名	型式	メーカー	測定範囲	製造番号・器番	管理番号	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							