

月分 性能検査申込書 (クレーン、移動式クレーン、デリック、エレベーター、ゴンドラ)

様式第2号

Table with 10 columns: 検査証番号, 種類及び型式, つり上げ荷重積載荷重, 検査手数料, 検査証の有効期間, 検査希望日, 時間, 検査地, 減額率%, 整理番号. It contains five rows of application data.

年 月 日

シマブункレーン検査株式会社 殿

TEL : 079-435-4348 FAX : 079-435-1790

申込者 住所

事業所の名称

入金方法 (振込の場合は請求先を選択、又は送付先を記入してください)
振込 申込者に請求 振込予定 (月 日)
現金 設置者に請求 振込予定 (月 日)
小切手 整備業者に請求 振込予定 (月 日)
複数台減額 (4 5 6 %)

印

代表者

連絡先

請求書送付先:

設置者 住所

事業所の名称

- 備考 1. 標題の()内のクレーン、移動式クレーンは該当するものを○で囲んで下さい。
2. 「検査地」欄には、検査地が設置地と異なる場合に記入して下さい。
3. 検査希望日の記入は一日一葉にして下さい。
4. 検査手数料がわからないときは、空欄として下さい。
5. 利用交通機関及び案内略図を添付して下さい。
6. 継ぎジブ、フックを相互使用している移動式クレーンは検査証の表及び裏の写しを添付して下さい。

連絡先

※整備業者に整備を依頼しているときは下記についても記入して下さい。

振込先 三井住友銀行 神戸営業部 普通 9699476

シマブункレーン検査株式会社

整備業者 住所

事業所の名称

※振込手数料は貴社のご負担でお願い致します。

連絡先

印

印