

# 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

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 <small>午前・午後にも記入可</small>	検査地	減額率 %	整理番号
第 局 署 号				令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	午前			
刻印		t	円	令和 年 月 日 まで		午後			
第 局 署 号				令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	午前			
刻印		t	円	令和 年 月 日 まで		午後			
第 局 署 号				令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	午前			
刻印		t	円	令和 年 月 日 まで		午後			
第 局 署 号				令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	午前			
刻印		t	円	令和 年 月 日 まで		午後			
第 局 署 号				令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	午前			
刻印		t	円	令和 年 月 日 まで		午後			

令和 年 月 日

シマブункレーン検査株式会社

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

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)		
<input type="checkbox"/> 振込	<input checked="" type="checkbox"/> 申込者に請求	振込予定 ( 月 日)
<input type="checkbox"/> 現金	<input type="checkbox"/> 設置者に請求	振込予定 ( 月 日)
<input type="checkbox"/> 小切手	<input type="checkbox"/> 整備業者に請求	振込予定 ( 月 日)
<input type="checkbox"/> 複数台減額 ( 3 4 5 6 % )		

請求書送付先:

申込者 住 所

事業所の名称

代 表 者

連 絡 先

設置者 住 所

事業所の名称

連 絡 先

- 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だけ記入して下さい。  
 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、空欄でだして下さい。  
 5. 利用交通機関及び、案内略図を添付して下さい。

※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ください。

整備業者 住 所

事業所の名称

連 絡 先

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

※振込手数料は貴社のご負担でお願い致します。

印