

検査予約申込票

FAX : 042-785-4076

TEL : 042-785-4075

AI確認検査センター株式会社

*①~②の該当箇所にご記入ください

【ご注意ください】

*18時以降の予約申込みは翌日の受付となります

***電話でご予約頂いた場合でも、検査予約申込票をご提出ください。**

①検査予約

| | | |
|--|---|---------------|
| 検査希望日 | 第1希望： 月 日 () | 第2希望： 月 日 () |
| 確認番号/受付番号 | 建築基準法 号 | かし保険 号 |
| 建築主または名称 | | |
| 建築場所 | | |
| 直前の確認後の変更・届出 | <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 提出済 <input type="checkbox"/> 未提出) <input type="checkbox"/> 無 | |
| ※※※ 検査申請書は検査予定日の3営業日前までにご提出ください ※※※ *検査工程に達していない場合や、検査申請書が間に合わない場合はキャンセルとなります | | AI記入欄 |
| 申請書の提出 | <input type="checkbox"/> 済 (提出・発送日：) <input type="checkbox"/> 未 (提出・発送予定日：) | |

| | | | | |
|---------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---|
| ★今回の該当検査 全てにチェック | 中間検査 | <input type="checkbox"/> 基礎配筋 | <input type="checkbox"/> 建築基準法 | <input type="checkbox"/> かし保険 |
| | | <input type="checkbox"/> 躯体 | <input type="checkbox"/> 建築基準法 | <input type="checkbox"/> かし保険 <input type="checkbox"/> フラット35 |
| | | <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 建築基準法 | <input type="checkbox"/> かし保険 |
| | 完了 竣工済 竣工済特例 (フラット35) | <input type="checkbox"/> 完了 | <input type="checkbox"/> 建築基準法 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> フラット35 |

②連絡先等

↓ 時間連絡希望先に○を付けてください

| | | |
|---|--------|-----------|
| 申し込み担当者様 | 会社名： | TEL： - - |
| | ご氏名： 様 | FAX： - - |
| 現場立会者様 | 会社名： | TEL： - - |
| | ご氏名： 様 | FAX： - - |
| 定休日等のご連絡先 ★検査日時ご連絡の日が貴社定休日等の場合にご記入ください | 会社名： | TEL： - - |
| | ご氏名： 様 | FAX： - - |
| | | 携帯電話： - - |

検査日時のお知らせ

ご予約の検査は下記のとおり受付致しました。 変更がある場合にはできるだけ早めにご連絡ください

| 検査予定日 | 検査時間 | 連絡事項 |
|---|------|------|
| 月 日 | 時 分~ | |
| ★検査時間は検査の2営業日前までに確定し、ご連絡いたします。 連絡がない場合は、お手数ですが弊社宛にご連絡ください。 | | |