

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	(AM ・ PM ・ どちらでも)		
	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"/> フラット35
		<input type="checkbox"/> 躯体	<input type="checkbox"/> かし保険 (まもりす ・ JIO ・ その他)
		<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 性能評価 <input type="checkbox"/> 性能証明 <small>※かし保険の検査の場合は受付番号欄に保険受付番号をご記入ください。</small>
	完了工	<input type="checkbox"/> 完了	<input type="checkbox"/> 建築基準法 <input type="checkbox"/> フラット35 <input type="checkbox"/> 性能評価 <input type="checkbox"/> 性能証明
		<input type="checkbox"/> 竣工済特例 (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 : - -
		携帯電話 : - -
		携帯電話 : - -

※※※※※ ここには何も書かないでください。 ※※※※※

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。		