

試 験 依 頼 書

受 付 日					
受 託 件 名					
試 験 概 要					
試験対象品目	<input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 手動・ <input type="checkbox"/> 電動)、 <input type="checkbox"/> ベッド、 <input type="checkbox"/> その他 ()				
試 験 品 名					
型 番					
会 社 名					
住 所	〒 -				
所 属 ・ 役 職	.	業 種			
担当者氏名					
電 話		FAX		Email	
支 払 条 件	日 <input type="checkbox"/> 日振込				
特 記 事 項	使用者最大体重 (Kg)				
					受託番号※
日本福祉用具評価センター (J A S P E C) T E L 0 7 8 - 3 0 6 - 0 5 5 6 F A X 0 7 8 - 3 0 3 - 0 5 0 6 〒650-0047 兵庫県神戸市中央区港島南町 7-1-5					

注1. ※印箇所は記入しないで下さい。

注2.

- *必要書類 ; カタログ (主要寸法、総重量等記載のもの)
- *支払条件には、貴社の支払スケジュールをご記入下さい
- *特記事項には、製品に対する使用者最大体重を記入してください。手動車いすについては標準型・室内型の区別、電動車いすについてはバッテリーの5時間率数値、カタログ記載の連続走行距離を事前に調べ、記入してください。
- *その他ご不明な点につきましては、試験評価事業部宛お問い合わせください。