

検査予約申込書

- 検査希望日の**5営業日前まで**に原則メール又はFAXのいずれかで検査課へ直接お申込みください。
尚、予約状況によりましてはご要望に応じられない場合がございますので、予めご了承くださいませようお願いします。
(電話での予約も対応いたします。後ほど、本書式の提出をしてください。)
- 検査時刻の指定はお受けいたしかねますが、午前・午後のご希望があれば可能な限り調整させていただきます。
- メール又はFAXでの連絡をご希望の場合は、予約手続きが完了した時点で下記の「検査予約完了連絡書」を送信いたします。申込翌日になっても連絡がない場合はお手数ですが検査課までご確認ください。

トータル建築確認評価センター 検査課

E-mail : kensa@total-kakunin.co.jp Fax : 059-253-1702 Tel : 059-253-1701

申 込 日	年 月 日			
申 込 者	事 務 所 名			
	ご 担 当 者 氏 名			
連 絡 先 ※希望の連絡先に チェックをしてください	連 絡 先	<input type="checkbox"/> 電 話 (事 務 所)		
		<input type="checkbox"/> 携 帯 電 話		
		<input type="checkbox"/> F A X 番 号		
		<input type="checkbox"/> メールアドレス		
検査種別/交付番号 ※「建築基準法の中間検査」と 「瑕疵保険の上部躯体検査」を同 時に行う場合は、両方の項目を ご記入ください ※「建築基準法の完了検査」と 「適合証明の竣工検査」を同時 に行う場合は、両方の項目をご記 入ください	<input type="checkbox"/> 建築確認検査	<input type="checkbox"/> 中間検査	<input type="checkbox"/> 完了検査 (<input type="checkbox"/> 省エネ適判 有)	
	※確認済証番号は省略せず ご記入ください	確認済証番号 : トータル確認第T _____ 号 ※計画変更を行った場合は、変更後の確認番号を記入してください		
	<input type="checkbox"/> 瑕疵保険検査	<input type="checkbox"/> 上部躯体検査 (保険会社名 : _____) 瑕疵保険受付番号 : _____		
	<input type="checkbox"/> 適合証明検査 (フラット)	<input type="checkbox"/> 中間検査	<input type="checkbox"/> 竣工検査 設計検査通知番号 : _____ 号	
申請者氏名				
物件名				
建 築 場 所 ※該当欄にチェックを してください	<input type="checkbox"/> 桑名市	<input type="checkbox"/> いなべ市	<input type="checkbox"/> 東員町	<input type="checkbox"/> 木曾岬町
	<input type="checkbox"/> 四日市市	<input type="checkbox"/> 菰野町	<input type="checkbox"/> 川越町	<input type="checkbox"/> 朝日町
	<input type="checkbox"/> 鈴鹿市	<input type="checkbox"/> 亀山市	<input type="checkbox"/> 伊賀市	<input type="checkbox"/> 名張市
	<input type="checkbox"/> 津市	<input type="checkbox"/> 松阪市	<input type="checkbox"/> 明和町	<input type="checkbox"/> 多気町
	<input type="checkbox"/> 伊勢市	<input type="checkbox"/> 玉城町	<input type="checkbox"/> 鳥羽市	<input type="checkbox"/> 志摩市
	<input type="checkbox"/> 大台町	<input type="checkbox"/> 度会町	<input type="checkbox"/> 大紀町	<input type="checkbox"/> 南伊勢町
	<input type="checkbox"/> 紀北町	<input type="checkbox"/> 尾鷲市	<input type="checkbox"/> 熊野市	<input type="checkbox"/> 御浜町
	<input type="checkbox"/> 紀宝町	※離島の場合は島名をご記入ください		<input type="checkbox"/> 離島 (_____)
検査希望日 (第二希望までご記入ください)	第一希望 :	年 月 日	[検査立会 有・無]	
	第二希望 :	年 月 日	[検査立会 有・無]	
備 考				

※弊社記入欄

検査予約完了連絡書

様

上記検査の予約を承りました。検査は検査申請の受付完了後となりますので、____月____日までに手続きをお願いします。
検査時間は**検査日の2営業日前**に改めてご連絡させていただきます。

検査予約日 : 年 月 日 ()

予約完了 : 年 月 日 担当 :

※検査申請手続きは、当初申請手続きをされたセンターでお願いします。