

検査FAX予約

株式会社ジェイ・イー・サポート 福岡支店 FAX : 092-713-5825

TEL : 092-753-7688

※空欄をご記入の上、FAXをお願いいたします。

検査希望日 第1希望 : 令和 年 月 日 AM PM

第2希望 : 令和 年 月 日 AM PM

交付番号 : 第 _____ 号 ※計画変更申請 なし・あり (第JE _____ 号)

物件名 : _____ 工事施工者 : _____

工事場所 (住居表示) : _____ TEL : _____

構造種別・規模 : _____ 地上 ___ 階(地下 ___ 階) 延べ面積 : _____ m²

検査対象面積 : _____ m² (検査を受ける階までの合計延べ面積を記載してください。)

用途 : _____

検査内容(該当の項目を○で囲んでください。)

a : 中間検査 (特定工程 : _____)

b : 完了検査 (中間検査 : 済 ・ 無) 昇降機 : 有 ___ 台 ・ 無 工作物 : 有 ・ 無

c : その他 住宅性能評価 ・ 適合証明 ・ 住宅性能証明 ・ 仮使用

保険(まもりす JIO あんしん ハウスジーマン) (基礎配筋 躯体 屋根防水)

申請書提出予定日 : 平成 ___ 年 ___ 月 ___ 日 提出予定

・委任状、検査申請書は検査予定日の**1週間~4営業日前**までにご提出ください。

・**施工者決定の記載事項変更届が提出されていない場合は検査申請前に必ずご提出ください。**

・書類の控えが必要な方は2部お持ち下さい。

・工区分けの場合は検査対象面積図を添えてご提出ください。

連絡先 会社名 : _____ 部署名 : _____

(必須) TEL : _____ 氏名 : _____

FAX : _____ 携帯 : _____

請求書宛名 会社名 : _____ 氏名 : _____

(必須)

請求書郵送先 会社名 : _____ 部署名 : _____

(必須) 住所 : 〒 _____ 氏名 : _____

TEL : _____ FAX : _____

※ 検査FAX予約を送信する際、詳細な現場案内図がございましたら添付いただければ幸いです