

強さ試験依頼書

(40×40×160 供試体用)

福井県生コンクリート工業組合 中央試験場 御中

受付番号	OH
受付年月日	平成 年 月 日

【依頼者記入欄】

依頼者	住所	〒			印
	会社名				
	担当者	印			
	連絡先	Tel.	FAX		
	請求先				
工事施工者					
工事名					
工事場所					
供試体採取位置					
試験方法		JIS R 5201:2015 11 強さ試験			
採取年月日		平成 年 月 日	試験の材齢	日	
試験年月日		平成 年 月 日			
呼び方	設計強度 (N/mm ²)	単位セメント量 (kg/m ³)	セメントの種類 の記号	水セメント比 (%)	
指定事項					
供試体の種類		<input type="checkbox"/> モルタル <input type="checkbox"/> エアモルタル <input type="checkbox"/> その他 ()			
供試体寸法 (mm)		<input type="checkbox"/> 40×40×160			
供試体の識別 及び養生方法					
試験件数		<input type="checkbox"/> 曲げ・圧縮強さ1件 <input type="checkbox"/> 曲げ強さ1件 <input type="checkbox"/> 圧縮強さ1件			
試験依頼年月日		平成 年 月 日	試料の処分方法	<input type="checkbox"/> 当試験場で処分・ <input type="checkbox"/> 試料の持ち帰り	

※ 【依頼者記入欄】は、該当する□をマークして下さい。該当しない項目欄は斜線又は— にして下さい。

※ 記入漏れのないよう、お願い致します。

【試験場記入欄】

供試体の確認	供試体の識別			
	欠損の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
依頼者との協議事項				
その他		<input type="checkbox"/> 曲げ・圧縮 (041D04) <input type="checkbox"/> 曲げ (041D05) <input type="checkbox"/> 圧縮 (041D07) <input type="checkbox"/> 報告書送付 (10301)		

試験料金	
------	--

受理者	技術管理者