

変 更 願 書

受付番号	
受付年月日	平成 年 月 日

福井県生コンクリート工業組合
中央試験場 場 長 殿

*必ずご捺印の上ご提出ください。

依頼者	所在地	〒	
	会社名		
	担当者 連絡先	氏名	TEL・携帯

平成 年 月 日付依頼した受付番号 第 _____ 号の

試験依頼について下記のとおり変更したく、お願いします。

変更前	
変更後	

上記依頼書変更に伴う試験報告書の変更の必要性の確認

<input type="checkbox"/> 報告書未発行につき必要性無し		
<input type="checkbox"/> 報告書発行後につき変更の必要あり <input type="checkbox"/> 101A01 <input type="checkbox"/> 101D01	返却報告書番号	
	修正報告書番号	

発行手数料	
-------	--

受 理 者	技術管理者

*注 変更の必要がある場合は、先に提出済みの試験報告書を返納していただきます。
返納無き場合は、変更後の試験報告書の発行は出来ないのでご注意ください。