

BUREAU
VERITAS

検査予約票(FAX送付状)

ビューローベリタスジャパン株式会社 宛

<HP(<http://www.bvjc.com>)からのオンライン検査予約を優先とさせていただきます>
↑こちらからは混雑状況も確認できますので是非ご利用ください。

注意事項

- ① 建築主等(建築主、設置者、築造主等)又は、建築主等から委任を受けた代理者が作成してください
- ② 予約後、速やかに検査申請書又は検査通知書の提出(この際に請求書をお渡します)と、ご入金をお願い致します。
(住宅瑕疵担保責任保険・災害復興融資などの検査のみの場合を除く)
- ③ 検査時には確認申請又は計画通知の副本を必ずご用意ください。
- ④ 検査日当日の日程変更については、検査手数料の50%を追加請求致します。
日程変更が生じた場合は、前日の弊社営業時間内までに必ずご連絡をお願い致します。

検査予約票 送付先

下記申請事務所へFAXをお送りいただくようお願いいたします。

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 札幌アイランドアイ:011-272-7384 | <input type="checkbox"/> 仙台:022-716-1256 | <input type="checkbox"/> 横浜:045-451-5215 |
| <input type="checkbox"/> 東京御茶ノ水:03-5577-8421 | <input type="checkbox"/> 東京新宿:03-3342-8515 | <input type="checkbox"/> 名古屋:052-238-6234 |
| <input type="checkbox"/> 名古屋駅前:052-583-8975 | <input type="checkbox"/> 大阪:06-6241-3075 | <input type="checkbox"/> 広島:082-541-2771 |
| <input type="checkbox"/> 福岡:092-737-9552 | <input type="checkbox"/> デジタル申請センター:06-6241-3075 | |
| <input type="checkbox"/> 保険単独検査:045-274-7489 | | |

太枠内をご記入ください

連絡先 (送付元)	会社名			担当者	
	TEL			FAX	お時間のご連絡はこちらに送ります。
	*緊急連絡先電話番号				
	住所				

*検査当日の時間調整、場所の確認等できるよう携帯または現場事務所電話番号を必ずご記入願います。

検査希望日

年 月 日 (曜日)

- *時間の指定はお受け出来ませんのであらかじめご了承ください。
*オンライン検査予約では、早期予約の場合AM・PMの指定が可能です。
*混雑時にはご希望日時に添えない場合があります。その場合はご連絡致します。

検査の項目

- | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 建築基準法 | <input type="checkbox"/> 適合証明 | <input type="checkbox"/> 災害復興融資等 |
| 住宅瑕疵担保責任保険 | <input type="checkbox"/> まもりすまい保険 | <input type="checkbox"/> あんしん住宅瑕疵保険 |
| | <input type="checkbox"/> J I Oわが家の保険 | <input type="checkbox"/> ハウスプラスすまい保険 |
| | <input type="checkbox"/> ハウスジューメン住宅かし保険 | |

該当する
ものに
全てチェック

検査の種類

- ☐
- 中間検査 (回目)
- ☐
- 完了検査
- ☐
- 既存 (中間検査の場合は回数を記入)

検査物件 概要	確認済証番号	第BVJ - - - 号	<input type="checkbox"/> 他機関
	適合証明番号	第BVJ - - - 号	<input type="checkbox"/> 他機関 <input type="checkbox"/> 現場検査のみを申請
	瑕疵担保保険	物件登録番号	
確認済証交付日	年 月 日	延べ床面積	m ²
工事名称	<input type="checkbox"/> 建築物 <input type="checkbox"/> 昇降機 <input type="checkbox"/> 工作物		
地名地番			
梯子の設置	検査エリア内に梯子(2mを超える)を設置している <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり(安全に設置している)		
特定工程	<input type="checkbox"/> 基礎配筋工事完了時 <input type="checkbox"/> 1階建方工事完了時 <input type="checkbox"/> () 階床及び梁配筋完了時 <input type="checkbox"/> 小屋組完了時 <input type="checkbox"/> 屋根工事完了時 <input type="checkbox"/> その他 ()		
工区分け	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →今回受検の工区 回目/全体工区数 回		

ご請求先	<input type="checkbox"/> 連絡先と同じ *未記入の場合は連絡先とさせていただきます		
	請求先名		
	住所	〒	
	TEL		FAX

待ち合わせ 場所	<input type="checkbox"/> 建設地 <input type="checkbox"/> その他()
-------------	--