

# 検 査 予 約 申 込 書

この予約申込書を当社までFAX下さい

宛先 株式会社 香川県建築住宅センター FAX 087-832-5271

|   |   |  |  |   |
|---|---|--|--|---|
| 希 望 日   | 月 日 ( )                                   |  |  |   |
| 確認済証番号  | <input type="checkbox"/> 当社               |  | (番号) 第確 号                              |   |
|   | <input type="checkbox"/> その他 ( )          |  | (番号) 号                                 |   |
| 建 築 主 名 等   |   |  |  |   |
| 建 築 場 所   |   |  |  |   |
| 用途・規模・構造<br><small>(他の機関で確認を受けた場合はご記入下さい)</small> | 用 途                                       | 申 請 面 積  | 構 造                                    | 階 数                                       |
|   |   | m <sup>2</sup>   |  |   |
| 検 査 種 別   | <input type="checkbox"/> 中 間 検 査          |  | <input type="checkbox"/> 完 了 (竣 工) 検 査 |   |
|   | <input type="checkbox"/> 建築基準法            | 瑕疵担保保険<br><input type="checkbox"/> まもりすまい<br><input type="checkbox"/> あんしん | <input type="checkbox"/> 建築基準法         | <input type="checkbox"/> 適合証明<br>(フラット35) |
|   | <input type="checkbox"/> 適合証明<br>(フラット35) |  |  |   |
|   | 会社名                                       |  |  |   |
| 氏名  |   |  |  |   |
| 御 担 当 者   | 電話番号                                      |  |  |   |
|   | 携帯電話<br>(立会者)                             |  |  |   |
| 備 考<br><small>(連絡事項がある場合はご記入下さい)</small>          |   |  |  |   |

- 検査予約は1週間前までにお願いします。(混み合う時期には希望に沿えない場合がございます)
- 検査希望日の3日前までに検査申請書の提出をお願いします。
- 検査時間は電話もしくはFAXにてご連絡致します。
- ご不明な点があれば、下記まで御連絡下さい。



〒760-0068 高松市松島町1丁目13番14号 九十九ビル2F  
TEL : 087-832-5270 FAX : 087-832-5271