

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 <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 ² | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> 瑕疵担保保険 <input type="checkbox"/> まもりすまい <input type="checkbox"/> あんしん | <input type="checkbox"/> 建築基準法 | <input type="checkbox"/> 適合証明 (フラット35) |
| | <input type="checkbox"/> 適合証明 (フラット35) | <input type="checkbox"/> J I O <input type="checkbox"/> ハウスプラス <input type="checkbox"/> ハウスシーメン | | |
| 御 担 当 者 | 会 社 名 | | | |
| | 氏 名 | | | |
| | 電 話 番 号 | | | |
| | 携 帯 電 話 (立会者) | | | |
| 備 考 <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4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、原則として検査日の前日の夕方までに御連絡させていただきます。
- ・ 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