

アスファルト混合物 確認試験依頼書

一般財団法人 広島県環境保健協会 理事長 様
 〒730-0825 広島市中区光南三丁目13番
 (材料試験室)TEL 082-249-9535 FAX 082-249-6473

受付年月日 平成 年 月 日
 受付番号 75 - -

依頼者名		混合所番号		混合所名	
				担当者名	
依頼者住所	〒			TEL	
				FAX	

請求先、郵送先(上記と異なる場合)

番号	混合物の名称	混合物の記号	最大粒径	突固回数	アスファルト種類	確認試験の種類			
						密度	安定度	抽出	ホイールトラックング*
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

注1) 依頼する試験を「確認試験の種類」欄に○印をして下さい。
 注2) 抽出試験にはアスファルト抽出後の骨材ふるい分け試験を含みます。
 注3) 試験手数料を請求とする場合は、受付後1ヶ月以内にお振込みください。

試験手数料
(消費税を含む)

4,860 円/混合物	12,312 円/混合物	40,500 円/混合物	87,480 円/混合物
混合物	混合物	混合物	混合物
円	円	円	円
合計			円

試験手数料支払方法

請求 ・ 前納払