

	イーハウス建築センター株式会社		
	FAX	03-5294-2624	TEL : 03-5294-2621
	メール	ehouse@ehousebc.com	

連絡先 (ご担当者)	会社名			ご担当者	
	TEL			FAX	
	*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。

検査予約票 (FAX送付状)

検査希望日	年	月	日	(曜日)	午前	・	午後
-------	---	---	---	---	----	---	----	---	----

- ・ 混雑時には、ご希望日時に添えない場合があります。スケジュール調整後、後日当方からご連絡致します。
- ・ 午前は、AM10:00から、午後は、PM2:00からの検査となります。(遠方等を除く)

検査の項目	<input type="checkbox"/> 建築基準法	<input type="checkbox"/> 適合証明 (フラット)
	住宅瑕疵担保責任保険	<input type="checkbox"/> JIO <input type="checkbox"/> ハウスジーメン
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

検査の種類	<input type="checkbox"/> 中間検査 (回目)	<input type="checkbox"/> 完了検査	<input type="checkbox"/> その他 (中間検査の場合は回数を記入)
-------	-------------------------------------	-------------------------------	--

注意事項

- ① 予約後、速やかに申請書等の提出(郵送可)をお願いします。 ※郵送の場合は、ご連絡をお願いします。
- ② 他機関等の確認の場合は、事前に副本(写し)一式をご提出願います。
- ③ 検査時には確認申請の副本を必ずご用意ください。
(※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)

検査物件概要	確認済証番号		<input type="checkbox"/> 他機関
	計画変更確認		<input type="checkbox"/> 他機関
	適合証明番号		<input type="checkbox"/> 他機関
	瑕疵担保保険	物件登録番号	
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			
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		
請求書の郵送を希望される方は右も記入願います。	住所	〒	
	TEL		FAX

*検査予約完了通知 イーハウス使用欄

下記の日程にて、検査の予約を受け賜りました。

検査日時 月 日 () AM ~ PM

※申請書の提出をお願いします。

*機関使用欄	受付担当		調整連絡	
--------	------	--	------	--