

↑ FAX052-772-6116

特定自主検査見積依頼書

貴社名		貴社御担当者名	
ご住所	〒		
TEL		FAX	
e-mail			

リフト(車輛)の型式等

メーカー	リフト型式	製造番号	最大荷重	マスト高・その他特殊仕様など	年次検査実施月
					月
					月
					月
					月
					月
					月
					月
					月
					月
					月

その他

代車の有無	代車必要 ・ 代車不要
今までの検査業者	
その他ご要望があれば、ご記入ください	