

# 検査日予約確認票

★発信元および太枠内の①～⑦を漏れなく正確にご記入下さい。

★「検査日予約確認票」は、ご希望日の2週間前から受付します。ご希望日の**3日前(土曜日・日曜日・祝日を除く)までに**下記のファックス番号またはEメールアドレスへ送信して下さい。

★検査日は、予約申込後の翌日(土曜日・日曜日・祝日を除く)までに確定して「検査日予約確認票」で返信連絡を致します。

★「検査日予約確認票」を送信後、翌日を過ぎても検査日確定の返信連絡がない場合は、お手数ですが検査部へお問い合わせ下さい。

送信先  
財団法人 神奈川県建築安全協会 検査部

ファックス番号 045-212-3898

Eメールアドレス kensa-yoyaku@kak.or.jp

↑番号間違えに注意  
『検査部』に届かないと予約できません

発信元	発信日	月	日
会社名			
電話番号	-	-	
ファックス番号	FAX番号の記入漏れに注意		
Eメールアドレス	(記入漏れの場合は返信連絡できません)		
担当者名(日程調整)・携帯電話		・	
担当者名(現場立会)・携帯電話		・	

## ① 検査依頼内容 (注)該当するすべての欄にチェック☑を入れて下さい

<input type="checkbox"/> 建築基準法(建築物)	<input type="checkbox"/> 中間検査( <input type="checkbox"/> 基礎配筋 <input type="checkbox"/> 躯体)	<input type="checkbox"/> 完了検査( <input type="checkbox"/> EV設備あり)
(注)完了検査の「EV設備あり」は、4号建築物に設置する昇降機がある場合にチェック☑を入れて下さい		
<input type="checkbox"/> フラット( <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 35S)	<input type="checkbox"/> 中間検査(躯体)	<input type="checkbox"/> 中間検査省略 <input type="checkbox"/> 竣工検査 <input type="checkbox"/> 竣工済特例検査
(注)フラットの検査は、確認済証の交付が当協会の物件に限ります		
<input type="checkbox"/> まもりすまい保険	<input type="checkbox"/> 基礎配筋検査	<input type="checkbox"/> 躯体検査 <input type="checkbox"/> 防水オプション検査
(注)保険の検査は、保険契約申込受理証の検査員欄に「検査員問い合わせ先:検査部」と記載された物件に限ります		
<input type="checkbox"/> 建築基準法(擁壁)	完了検査	

## ② 検査希望日

↓検査時間の希望についてチェック☑を入れて下さい

第1希望日	月	日	曜日	検査時間	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> AM希望	<input type="checkbox"/> PM希望	<input type="checkbox"/> その他( )
第2希望日	月	日	曜日	検査時間	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> AM希望	<input type="checkbox"/> PM希望	<input type="checkbox"/> その他( )

(注)検査時間は出来る限りご希望に添えるように致しますが、ご希望に添えない場合もありますのでご了承下さい

## ③ 建築場所

号棟

## ④ 建築主

確認済証の交付を受けた場所にチェック☑を入れて下さい

保険の検査予約は『保険契約申込申請』が発行されてからになりますので、保険契約申込申請はお早めをお願いします

## ⑤ 確認済証番号(計画変更済証番号)

第	号	確認済証 交付場所	<input type="checkbox"/> 本部 <input type="checkbox"/> 湘南台
第	号	確認済証 交付場所	<input type="checkbox"/> 本部 <input type="checkbox"/> 湘南台

(注)計画変更申請を行った場合は計画変更済証番号を記入して下さい

## ⑥ まもりすまい保険 申込受付番号

第	号
第	号

(注)当協会へ保険を申込みをした場合は必ず記入して下さい

## ⑦ 検査申請書の提出 提出済 未提出 → 提出予定日 月 日

(注)建築基準法の検査がある場合はチェック☑を入れて下さい

## ⑧ 備考

検査日を変更される場合はこちらへ記入して下さい (記入例:□月□日から△月△日へ変更)

## ◆返信連絡事項

検査日は 月 日 曜日 で予約を承りました。

「検査時間」は、検査日の2日前(土曜日・日曜日・祝日を除く)の16:00より協会ホームページ上でお知らせ致します。

財団法人 神奈川県建築安全協会 検査部

〒231-0004 横浜市中区元浜町3丁目21番2号(ヘリオス関内ビル)

電話番号 : 045-212-3134

お問い合わせ先 : 本田、飯田

※検査申請がお済みでない場合は、担当者様へ「検査日確定」の連絡をお願いします。