

2024 年度路面性状自動測定装置性能確認試験依頼書（専用測定車両型）

令和 年 月 日

一般財団法人土木研究センター
理事長 伊藤 正秀 殿

依頼者名：

印

所在地：

電 話：

(依頼者が複数の場合は、以下に記述して下さい)

依頼者名：

印

所在地：

電 話：

下記について、路面性状自動測定装置（専用測定車両型）の性能確認試験を依頼します。

記

路面性状自動測定装置 専用測定車両型		車両番号：
性能確認試験の項目と昼・夜間別 ^{※1}	<input type="checkbox"/> 距離測定性能（必須）	<input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼間・夜間
	<input type="checkbox"/> ひび割れ測定性能	<input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼間・夜間
	<input type="checkbox"/> わだち掘れ測定性能	<input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼間・夜間
	<input type="checkbox"/> 平坦性測定性能	<input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼間・夜間
測定精度の確認試験の項目と昼・夜間別 ^{※2}	<input type="checkbox"/> ひび割れ率測定性能	<input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼間・夜間
	<input type="checkbox"/> IRI 測定性能	<input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼間・夜間
試験費用（税込）		
試験費用支払い方法 ^{※3}		<input type="checkbox"/> 代表依頼者（ ） <input type="checkbox"/> 均等払い
担当者	会 社 名	
	所 属	
	役職・氏名	
	所 在 地	〒
	電 話 ・ FAX	電話： FAX：
	E - m a i l	
担当者（依頼者が複数の場合のみ記述して下さい）	会 社 名	
	所 属	
	役職・氏名	
	所 在 地	〒
	電 話 ・ FAX	電話： FAX：
	E - m a i l	

記入注意事項

○ 依頼者名には、会社名とその代表者の役職並びに氏名を記入の上、押印して下さい。

※1. 性能確認試験の項目と昼・夜間別は、受検対象とする項目に関して、該当部分の□を黒塗り（■に置き換え）して下さい。

※2. 測定精度の確認試験の項目と昼・夜間別は、参加する項目に関して、該当部分の□を黒塗り（■に置き換え）して下さい。

※3. 試験費用支払い方法は、試験依頼者が複数の場合のみ試験費用支払い方法を選択（該当部分の□を黒塗り（■に置き換え））して下さい。また、代表依頼者による支払いの場合は、代表の会社名を記入して下さい。