

点線枠内の項目に記入して下さい

# JCSS校正申込書

## 力(一軸試験機)・長さ(ハイトゲージ)

申込日を記入

※ロードセルが複数ある場合、それぞれのロードセル毎に申込書が必要です

2010年 5月 12日

申込者会社名： ○○○株式会社

担当者名： 日本太郎

住所： 〒123 - 4567 ○○県○○市○○1234

電話番号： 0123-45-6789

FAX番号： 0123-45-6780

印  
捺印

PROシリーズは「自動圧縮引張ばね試験機」  
MAXシリーズは「自動荷重試験機」

試験機の校正を下記条項に基づいて申し込みます。

試験機本体の機種銘板のMODELの型式を記入

機械の名称	自動荷重試験機		機械の型式	MAX-5KN-B	
機種銘板のNo.を記入	製造者	日本計測システム株式会社		機種銘板のDATEの日付	
製造番号	1 2 3 4	製造年月	2005年 5月	チャンネルNo.	1
前回の校正日と証明書番号 初回の場合は無記入	校正をする力	1. 圧縮 5kN	2. 2kN	3. 1kN	4. 500N
5. N	6. N	7. N	8. N	9. N	10. N
前回の校正期日	年 月 日	前回の証明書番号			
相対往復誤差の決定	する	しない	(指定なき場合は、"する"又は、前回の証明書に記入する校正日)		
校正証に記入する校正日	年-月	年-月-日	(指定なき場合は、"年-月"又は、前回の証明書に記入する校正日)		
長さの校正(別料金)	する	しない	(指定なき場合は、"しない"又は、前回の証明書と同じと致します)		
校正期日	年 月 日	前回の証明書番号			
校正希望日	2010年 6月 15日 ~ 2010年 6月 25日				

PROシリーズは圧縮のHiレンジとLowレンジ  
MAXシリーズは4レンジの圧縮または引張または圧縮と引張

長さの校正も行う場合は、  
するを囲んで下さい

前回と同じ場合には、以下の記入は不要です。

所有者	社名	○○○株式会社		
	住所	〒123 - 4567 ○○県○○市○○1234		
設置場所	社名	同上		
	住所	〒同上		
適用規格	力の校正	JIS B 7721 (一軸試験機)		希望校正精度 等級
	長さの校正	JIS B 7738 (コイルばね-圧縮・引張試験機の検証)		
付属品等計測に必要なケーブル等の使用の記載	なし			
同時に検証する付属品等	なし			
証明書送付先	社名	○○○株式会社		
	住所	〒123 - 4567 ○○県○○市○○1234		
校正料金請求先	社名	同上		
	住所	〒同上		

申し込み内容の訂正又は、変更の記録(記録には日付、顧客側担当者名及び記入者の印又はサインが必要)

※下欄には記入しないで下さい。

受付日	受付印

力(一軸試験機)校正日	校正証明書番号	承認印 校正部長	校正手数料

長さ(コイルばね用試験機)校正日	校正証明書番号	承認印 校正部長	校正手数料

校正に使用する機器(力計又はおもり、ゲージブロック)。JCSS校正手順書3.1. トランスファ標準器の準備の項目確認			確認印
<input type="checkbox"/> 相対分解能	<input type="checkbox"/> 有効期限	<input type="checkbox"/> 底面の傷、耐圧盤の変形	
<input type="checkbox"/> 受け皿、カゴの確認	<input type="checkbox"/> 重力加速度	<input type="checkbox"/> 仮校正証	<input type="checkbox"/> 水準器の確認
管理番号	秤量	その他の確認	
<input type="checkbox"/> ブロックゲージの有効期限及びキズ、錆			<input type="checkbox"/> デプスゲージ(1mm±1μm)
<input type="checkbox"/> ダイヤルゲージ(10±1μm)			<input type="checkbox"/> セラミックベース