装置検査申請書　(器差検定)

年　　月　　日

受　　付	年　月　日	所　　長
番　　号	第　　号	
検 定 日	月　　日	
検 定 数	個	検　定　者
合 格 数	個	
不合格数	個	

長崎県知事　　殿

申請者　　住 所

氏 名

下記の車両等装置検査用計量器につき、装置検査を受けたいので、申請します。

記

1. 車両等装置検査用計量器の装置検査を受けようとする特定計量器

型式又は能力	車両番号	製造番号	手数料の額	使用者の住所及び氏名又は名称
累計表示部附型				
合　計				
総　計				

2. 検定所以外の場所において装置検査を受けようとするときはその場所、理由及び検査を行うことを希望する期日

(1) 場 所　　① 計量検定所　② 県北検査場

(2) 理 由

(3) 希望日　　年　　月　　日 ～　　日

(貼付した収入証紙の金額　　円)