

年 月 日

ふくしま建築住宅センター

_____事務所 あて

申請者 住所

氏名

連絡先 TEL

FAX

中間検査とJIO 保険現場検査の同時検査申込書

下記のJIO 保険の現場検査を申請します。

1. 保険物件番号 Y
2. 物件名称
3. 検査予定日 年 月 日 (中間検査予定日と同じ)
4. 検査種別 躯体検査 基礎配筋検査 その他

注意:従来のJIO 保険会社への躯体検査の申込みは、不要となります。

誤ってシステムでの検査予約申込みをしないよう注意して下さい。

■ FAX 送信可 宛先一覧

- | | |
|---------|------------------|
| ○県北事務所 | FAX 024-573-0125 |
| ○県中事務所 | FAX 024-995-5033 |
| ○いわき事務所 | FAX 0246-35-1055 |
| ○会津事務所 | FAX 0242-38-3699 |