

安全弁検査依頼書

事前にメール送信の上、写しを安全弁と同封で送付する。 hiros1@koyanomfg.com
 TEL:048-282-5514 FAX:048-282-0949 住所:〒334-0012 埼玉県川口市八幡木2-25-12

依頼者社名、事業所名										
依頼担当者名										
安全弁発送日										
安全弁返送到着希望日										
安全弁返送先										
お客様名称 ※高圧ガス許可届けの事業所名称										
安全弁設置機器メーカー名	基準値は必ずご記入ください。				吹始め		吹出し		吹止り	
	基準値		高圧							
安全弁メーカー名					高圧					
			低圧							
安全弁製造番号										
安全弁設置機器設計圧力	MPa	MPa	MPa	MPa	MPa	MPa	MPa	MPa	MPa	MPa
設定圧力 ※吹始め設定圧力	MPa 以上	MPa 以上	MPa 以上	MPa 以上	MPa 以上	MPa 以上	MPa 以上	MPa 以上	MPa 以上	MPa 以上
吹出し設定圧力	MPa 以下	MPa 以下	MPa 以下	MPa 以下	MPa 以下	MPa 以下	MPa 以下	MPa 以下	MPa 以下	MPa 以下
吹止り設定圧力	MPa 以上	MPa 以上	MPa 以上	MPa 以上	MPa 以上	MPa 以上	MPa 以上	MPa 以上	MPa 以上	MPa 以上
備考記載内容 ※機器呼称 安全弁取付位置 その他										

kgをMpaに変換時数値は、基準値が以上の時小数点以下3位を切上げ、基準値が以下の時小数点以下3位を切捨てで設定してください。