

附属品再検査申請書

年 月 日

（宛先）新潟市消防長

申請者

住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

電話番号

下記のとおり附属品再検査を受けたいので、申請します。

名称（事業所の名称を含む。）	
事務所所在地	
附属品所在地又は事業所所在地	
附属品の種類	
当該附属品が装置される容器に充填されるガスの種類及び耐圧試験圧力	
附属品の数量	
※受付欄	※手数料欄

注 ※印の欄は、記載しないでください。