**防炎性能試験依頼書**

（防炎薬剤）

年 　　月 　　日

**公益財団法人日本防炎協会理事長 殿**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人の場合は、名称及び代表者氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　防炎薬剤防炎性能試験規程に基づき、次のとおり防炎薬剤の試験を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 商品名又は銘柄 |  | 試験布 |  |
| 処理条件 | 浸漬液の配合比 | 質量部 |
| 浸漬液温度 | ℃ |
| 浸漬時間 | 分間 |
| 絞り率 | ％ |
| 薬剤付着量 | Ｗ％ |
|  |
| 手数料納入方法 | 現　　金・銀行振込 | 納入金額(消費税込) | 円 |
| ※受付日 | 年 　　月 　　日 | ※受付番号 | 号 |

　注　１　この用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

　　　２　試験布欄には、防炎薬剤防炎性能試験規程 別表に掲げる試験布の種類のうち、希望するもの１種類を記入すること。

　　　３　処理条件欄の数値には、範囲数値でなく単一数値を記載すること。

　　　４　※印欄は、記入しないこと。