

No.

ご捺印を  
お願いします

## 後付消音器の性能等の確認申請書

公益財団法人 日本自動車輸送技術協会 殿

申請者の氏名 又は名称 **株式会社 昭島商事 代表取締役 昭島 太郎 印**

申請者の住所 **東京都昭島市美堀町4-2-2**

連絡者の所属 部課の住所 **東京都昭島市美堀町4-2-2**

連絡者の所属部課名 **昭島商事 商品開発部**

連絡者氏名 **昭島 太郎**

連絡先 電 話 **042-544-1004**

F A X **042-544-1015**

電子メール **akishima@ataj.or.jp**

後付消音器の名称及び型式	名称：音色シリーズ1 型式：NEIRO-01	
後付消音器の区分 (第一種又は第二種後付消音器の別)	第一種後付消音器	
取り付けることができる自動車等の範囲 (車名・型式)	アミシカ・DBA-Ω11	
製作工場の名称及び所在地	株式会社 昭島商事 昭島第一工場 東京都昭島市美堀町4-2-2	
完成検査を実施する工場の名称及び所在地	株式会社 昭島商事 昭島第一工場 東京都昭島市美堀町4-2-2	
備考 (第二種後付消音器の場合、性能等確認済表示に用いる記号を記載)		
試験等実施希望日	平成 年 月 日 ~ 月 日 ( 日間)	
試験項目	<input checked="" type="checkbox"/> 試験等	<input type="checkbox"/> 立会等 <input type="checkbox"/> 証明書等 <input type="checkbox"/> 第二種後付消音器
特記事項	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">                     受験する試験項目に「レ」を入れて下さい                 </div>	

受付後に日程を調整  
しますので記載不要です

\*連絡先 公益財団法人 日本自動車輸送技術協会  
 ◎ 昭島研究室 装置・機器試験課  
 電話 042-544-1004 FAX 042-544-1015  
 〒196-0001 東京都昭島市美堀町4-2-2

受付番号	受付年月日
*	*