

特定原動機又は特定特殊自動車の排出ガス試験等依頼書

公益財団法人日本自動車輸送技術協会 殿

試験等依頼者の  
氏名又は名称

試験等依頼者の  
住 所

連絡者の所属  
部課の住所

連絡者の所属部課名

連絡者の氏名

及び連絡先 電 話

F A X

試験等実施場所の住所 及び事業所の名称	
特定原動機(特殊自動車)型式	
特定原動機(特殊自動車)番号	
特定原動機(特殊自動車)の用途	
特定原動機(特殊自動車)製作年月日	
試験等実施希望日	令和 年 月 日 ~ 月 日 ( 日間)
試験項目	ガソリン特殊自動車7モード排出ガス試験
	ディーゼル特殊自動車8モード排出ガス試験
	無負荷急加速排出ガス光吸収係数測定及び無負荷急加速黒煙測定
特記事項	

\*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 試験課  
〒196-0001東京都昭島市美堀町4-2-2  
電 話 042-544-1004 (代表)  
F A X 042-544-1015

受付番号	受付年月日
*	*