様式２

 　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　代表者名

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  | 内容物（液化圧縮の別） |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 各部の必要肉厚（腐代を除く） | 腐れ代 | 実測肉厚 |
|  |  (MPa) |  |  |  |
| 安全弁設定圧力 |  (MPa) |
|  |  (MPa) |
|  | 　　　　年 月 日 から 　　　 年 月 日 |
|   （非破壊検査の 該当に○印） | (1)  |  |
|  (2)   |  疑似模様等の数 |
| ○  |   |
| 印 超音波探傷 |
|  放射線検査  |  欠陥の最大深さ及び長さ |
|  (3) 超音波肉厚測定 |  |
|   |  (1)  |  |
|  (2)  | (点数)　点(累積点数)　点 |
|  (3)  |  |
|    |  (1)  |  |
|  (2)  |  |
|  (3)  |  |
|    |  (1)  |  |
|  (2)  |  |
|   |   |  検査立会者（職氏名） |  試験圧力等 |  判　定 |
|   |  　　 年 月 日 |  |  |  合・否 |
|   |  　　 年 月 日 |  |  |  合・否 |
|   |  　　 年 月 日 |  |  |  合・否 |
|   |  |