

『マンション等の杭工事』に関する相談
相 談 申 込 書

公益社団法人 愛知県建築士事務所協会 宛
FAX 052-201-0508

相談申込者は、以下を記入しFAXで送信してください。

申込日：平成 年 月 日

相談申込者	住所	〒		
	ふりがな 氏名 <small>(法人の場合は法人 名及びご担当者名)</small>			
	TEL		FAX	
対象建物	所在地	〒		

1. 希望する相談形態 ア 相談会への参加 イ 相談員の派遣
2. 相談又は派遣日時希望日時等
ア 希望日を指定(以下の希望日時欄にご記入下さい) イ いつでも良い(相談員の都合でよい)
※相談員との日程調整により、ご希望に添えないこともあります。必ず複数の日時をご記入下さい。

	希望日	希望時間		希望日	希望時間
第1希望		: ~	第3希望		: ~
第2希望		: ~	第4希望		: ~

3. 相談の目的・動機
ア 建築物のくいの状況に不安があるため
イ その他 (具体的に:)
4. 依頼者と建物の所有者との関係
依頼者 ア 建物の所有者 イ マンション管理組合 ウ その他 ()
5. 建物の所有関係
ア 単独所有 イ 共有建物
6. 建物の規模・構造
規模 地上 _____ 階、地下 _____ 階
建築面積 _____ m²・坪、延べ面積 _____ m²・坪
構造 ア 木造 イ 鉄筋コンクリート造 ウ 鉄骨造 エ 鉄骨鉄筋コンクリート造
オ 複合又は、その他(オの具体的構造)
7. 建物の用途
ア 共同住宅 持ち家
イ 共同住宅 賃貸
ウ 共同住宅 持ち家・賃貸混在
エ その他 ()
8. 設計図書
ア あり イ なし
9. 相談事項 * 必要により写真、図面等をコピーして添付してください。

FAX送信先 052-201-0508

以下事務局使用欄

(受付スタンプ) 事務局担当:
相談担当者:
決定日時:

担当委員会へ連絡日:
相談担当者:
相談者への決定日時連絡日: