ディーゼル黒煙濃度測定時におけるエンジン損傷状況調査票

1. 発生日	平成　　年　　月　　日	
2. 発生場所(検査場名)		
3. 車両概要	①メーカー名	
	②車名	
	③車両型式	
	④エンジン型式	
	⑤検査時総走行距離	
	⑥初度登録年月	
4. 発生の概要		
①発生した状況		
②損傷の原因		

5. 損傷後の処置　→　該当するものに○印

イ. 中古エンジンに乗換え　　ロ. エンジンオーバーホール

ハ. 中古車への代替　　ニ. 新車への代替　　ホ. 廃車

ヘ. その他(　　)

6. 費用負担(5. の処置費用をだれが負担したか)　→　該当するものに○印

イ. 整備工場　　ロ. ユーザー　　ハ. 整備工場とユーザーが折半

ニ. その他(　　)

7. その他、特記事項

FAX送信先 03-5365-9224

(東整振事業部)