

超音波厚さ測定結果

____年 ____月 ____日

事業所名(客先) _____

装 置 名 _____

工 事 名 _____

検 査 年 月 日 _____

検 査 場 所 _____

検査実施会社名 _____

検 査 員 _____

立 会 者 _____

測定条件					
材 質		板 厚	mm	試験時期	
探傷方法		探 触 子		接触媒質	
周 波 数	MHz	屈 折 角	°		

試験記録							
検 査 箇 所	時期	材質	管径 (B)	肉 厚 (mm)			判定
				呼び厚さ	必要板厚	測定値	

(注) 対象が配管の場合には、対象配管ごとに検査箇所を明記したアイソメ図(溶接箇所、配管材質、設計条件、運転条件等を併記したもの。)を添付する。