様式第４号

岩国市自走式樹木粉砕機使用実績報告書

　　　　　年（　　　年）　　月　　日付けで借受けを承認された岩国市自走式

樹木粉砕機について、下記のとおり使用したので報告します。

　　　　年（　　　年）　月　　日

　岩国市長　福田　良彦　様

　借　受　者

住　所

氏　名

記

１ 名　　称　　自走式樹木粉砕機

２ 台　　数　　１台

３ 使用期間　　自 　　　 年　　月　　日

　　　　　 　　至　　　　 年　　月　　日　　　（　　日間）

４ 使用場所

５ 使用内容

６ 総使用時間　　　　　　　　　　　　時間

７ アワーメーター数値

　（使用簿（様式第５号）及び整備点検簿（様式第６号）を添付すること）

様式第５号

岩国市自走式樹木粉砕機使用簿

団体名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 使用日 | 使用場所 | 使用者氏名 | アワーメーター数値 | 備　　考 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |  |
| １１ |  |  |  |  |  |
| １２ |  |  |  |  |  |
| １３ |  |  |  |  |  |
| １４ |  |  |  |  |  |

様式第６号

岩国市自走式樹木粉砕機整備点検簿

団体名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　称 | 自走式樹木粉砕機 | | | | | | 型　式 | | | GSC283D | | | | | | | | |
| 点検  項目 | 点検内容 | 点　検　結　果（上段：使用前、下段：使用後の点検結果を記入） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 使用日 | ／ | ／ | ／ | ／ | | ／ | ／ | | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| １  本　体 | 傷、変形、部品の  脱落等がないか | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２  動力装置 | エンジンの始動、  作動は正常か。 | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３  駆動装置 | 駆動・操舵は正常か。 | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４  供給装置 | 自動送りは正常か。 | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５  粉砕装置 | 粉砕は正常か。  刃の損傷はないか。 | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６  排出装置 | 排出は正常か | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７  安全装置 | 非常停止装置は正常か | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８  その他 | 異常が認められた箇所 | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 点　検　者　名 | | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |