

FAX送信書

[膜厚計・超音波厚さ計打ち合わせ依頼シート] 平成 年 月 日

株式会社佐藤商事 FAX: 044-738-0623

折返しメーカーより直接ご連絡させていただく場合がございますので、ご了承ください。

[見積依頼] [機種選定] [仕様確認] ←○にてご選択下さい。

* のついている項目は必ず記入して下さい。

会社名 *		部署名		役職	
担当者名 *		携帯電話	※ご連絡の取れる電話番号をご記入下さい		
電話番号 *		FAX番号 *			
Email		エンドユーザー	※商社様の場合ご記入ください		
住所 *	〒				

膜厚計 (機種): (メーカー):

測定素地	仕様 *	磁性用 ・ 非磁性用 ・ 両方	センサー *	一体型 ・ 分離型
	種類 *	鉄 ・ アルミ ・ SUS () ・ 他 ()	被膜種類 *	
	サイズ	厚さ: 0.5mm 以上 / 以下	膜厚 厚さ	()mm ~ ()mm
		大きさ: 6mm x 6mm以上 / 以下	曲面の有無	有(凸: mm 凹: mm) ・ 無

超音波厚さ計(機種): (メーカー):

測定材	材質		スルーポイント機能	有 ・ 無
	厚さ	()mm ~ ()mm	ロガー機能	有 ・ 無
	温度	常温 / 高温(°C位)	探触子サイズ	制限有(φ以下) ・ 無
	形状	平面: mm x mm以上		
	パイプ	曲面: 外径()mm以上 / 肉厚()mm以上		

校正証明書	必要 ・ 不要	希望価格	()万 ~ ()万
-------	---------	------	-------------

お問合せ内容	
<p>(測定目的 使用方法、 条件等)</p> <p>※できるだけ詳しくご記入下さい。</p>	