

校正依頼書

ユニパルス株式会社 御中

| | | | |
|------|--|------|--|
| 受付番号 | | | |
| 受付日 | | 受付担当 | |
| 備考欄 | | | |

※太枠内はユニパルス記入欄

別紙(トルクメータJCSS校正について)の内容に同意し、下記機器の校正を依頼します。

| | | | | | |
|---------------|--|--|--------|-------|--|
| 申込者 | | | | 申込年月日 | |
| フリガナ 会社名 | | | | | |
| ご住所 | | | | | |
| ご所属 | | | 電話番号 | | |
| フリガナ ご担当者名 | | | FAX番号 | | |
| | | | E-mail | | |

機器名称

[トルクメータ]

[指示計器]

※組み合わせ校正をご希望の場合は、ご記入ください。

| | | | |
|------|---------------------------------|------|---------------------------------|
| 機器名 | | 機器名 | |
| 型式等 | | 型式等 | |
| 製造番号 | ※新規ご購入の場合は未記入 | 製造番号 | ※新規ご購入の場合は未記入 |
| 管理番号 | ※別途、お客様の方で管理されている番号があればご記入ください。 | 管理番号 | ※別途、お客様の方で管理されている番号があればご記入ください。 |
| 製造者名 | | 製造者名 | |

ご依頼内容

□前回と同じ(前回校正証明書番号:

)

| | | | | | | |
|------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---|
| 校正容量 | <input type="checkbox"/> 5 N m | <input type="checkbox"/> 10 N m | <input type="checkbox"/> 20 N m | <input type="checkbox"/> 50 N m | <input type="checkbox"/> 100 N m | <input type="checkbox"/> その他(N m) |
| 軸形状 | <input type="checkbox"/> 標準 | <input type="checkbox"/> キー溝付き | <input type="checkbox"/> 角ドライブ | <input type="checkbox"/> フランジ | <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 軸径(mm) | | 軸長(mm) | | | |
| 調整 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり() | | | | |
| 付属品 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり() | | | | |
| 通信欄 | | | | | | |

□校正証明書(和文)

(通)※2通目以降は有料となります。

記載事項

□前回と同じ □申込者と同じ □以下に記載

| | |
|---------|--|
| 会社名(和文) | |
| ご住所(和文) | |

□校正証明書(英文)

(通)※2通目以降は有料となります。

記載事項

□前回と同じ □申込者と同じ □以下に記載

| | |
|---------|--|
| 会社名(英文) | |
| ご住所(英文) | |

※校正証明書の和文と英文どちらか1通は校正費用に含まれます。

| | | |
|-----------------|-------------|--|
| UNIPULSE | 送 付 先 | 〒343-0041 埼玉県越谷市千間台西1-3 |
| | | ユニパルス株式会社 JCSS校正室 TEL: 048-977-1111 FAX: 048-976-5200 mail: info_cal-r@unipulse.co.jp |