

計測サービス申込書

このフォームを印刷して必要事項をお書きの上、弊社までメール、FAX、または郵送して下さい。届きました時点で、こちらからご連絡申し上げます。

| | |
|----------|--|
| FAX: | 054-276-1131 |
| e-mail: | keisoku02service@uniopt.co.jp |
| 郵送先: | 〒421-1221 静岡市葵区牧ヶ谷2102 |
| ユニオプト(株) | 計測サービス担当 行 |
| | TEL: 054-276-1130 |

| | |
|---|--|
| 1. ご依頼元 | |
| ご担当者氏名: | |
| 会社名(組織名): | |
| 所属: | |
| TEL: | |
| FAX: | |
| e-mail: | |
| 2. 測定名称 お打ち合わせさせていただくときの、便宜的な呼称をお書き下さい。 | |
| 3. 試料名称 | |
| 4. 数量(個数) | |
| 5. 試料形状 | |
| 6. 取扱上の注意点 | |
| 7. 目的 | |
| 8. 測定条件(精度, 入射角, 2次元走査範囲など) | |
| 9. 予想される結果 | |
| 10. ご依頼日: | |
| 11. ご希望納期: | |
| 12. ご依頼方法: 依頼測定 / 立合い測定 | |
| 13. 試料の返却: 必要 / 不要 | |
| 14. その他: | |