

CS作業依頼書 Fax.:06-6857-1839

太枠内を必ず、ご記入下さい。

CS 作業区分	修理 ○	改造 ○	検査・校正 ○	クレーム ○	記入者名	<input type="checkbox"/> お客様	<input type="checkbox"/> 代理店様	<input type="checkbox"/> 弊社
						様		
お客様名						Tel.:		
担当者名						Fax.:		
代理店名						Tel.:		
担当者名						Fax.:		
計上先 代理店名						Tel.:		
計上先 担当者名						Fax.:		
本体型式						Ser. No.:		
センサ型式						Ser. No.:		

* 下記は、必ず記入して下さい。(無記入の場合は、原則受付出来かねますのでご了承下さい。)

測定媒体/付着物は、 です。 危険物質の付着は無く、人体に危険を及ぼす状態のものではありません。 危険物質が付着していましたが、人体に危険を及ぼす可能性が無くなるまで除去しましたので、人体に接触しても安全です。

数量	本体	個	購入日	年	月	日	到着予定日	年	月	日
	センサ	個	発生日	年	月	日	希望納期	年	月	日

 見積り不要(作業進める) 異常無ければ作業進める(検査・再校正時) 円以下なら作業進める 作業・見積り同時に進める 事前見積り必要(見積り回答後作業進める)

ご依頼内容 指示事項

添付書類

* トレーサビリティなど書類に明記する正式な「お客様名」をお書き下さい。

様

・該当する項目をチェックしてください。

トレーサビリティ書類 (有償)

用途	check	書類名	体系図	証明書	成績書	校正器成績書コピー
圧力センサ (圧力)	<input type="checkbox"/>	P30		◎	◎	
	<input type="checkbox"/>	P31	◎	◎	◎	
	<input type="checkbox"/>	P40		◎	◎	◎
	<input type="checkbox"/>	P41	◎	◎	◎	◎
ロードセル (荷重)	<input type="checkbox"/>	L30		◎	◎	
	<input type="checkbox"/>	L31	◎	◎	◎	
	<input type="checkbox"/>	L40		◎	◎	◎
	<input type="checkbox"/>	L41	◎	◎	◎	◎
「パネル・メータ」と 「アンプ内蔵センサ」との 組み合わせ	<input type="checkbox"/>	V30		◎	◎	
	<input type="checkbox"/>	V31	◎	◎	◎	
	<input type="checkbox"/>	V40		◎	◎	◎
	<input type="checkbox"/>	V41	◎	◎	◎	◎

試験成績書 5点取り (有償) 禁油処理 (有償) パラメータ・シート

* 標準の試験成績書(無償)は、3点取りのみとなります。5点取り(有償)をご注文の場合、3点取りは添付致しません。

直送先 (有る場合)	〒	会社・部署名:	
	住所:		Tel.:

お願い (お客様・代理店様各位)

1. 現品は原則として、本体+センサ+ケーブル一式でご返却願います。
2. 修理・改造後の旧交換部品は原則として、廃却処分とさせていただきます。
3. 見積書をFAX. させて頂いてから1ヶ月以内にご連絡が無ければ、代理店へ着払いにて返送させていただきますので、ご了承願います。

現品送付先 〒560-0035

Tel.: 06 - 6857 - 1836

大阪府豊中市箕輪 3 - 7 - 25

株式会社 バルコム CS室 加藤 行

COA-005

CS作業依頼書 Fax.:06-6857-1839

この依頼書を作成される方の氏名と該当する項目にチェックを入れて下さい。

A	B
---	---

太枠内を必ず、ご記入下さい。

CS 作業区分	修理 <input type="radio"/>	改造 <input type="radio"/>	検査・校正 <input checked="" type="radio"/>	クレーム <input type="radio"/>	記入者名 商事 太郎	<input type="checkbox"/> お客様 <input checked="" type="checkbox"/> 代理店様 <input type="checkbox"/> 弊社
お客様名	〇〇工業株式会社 生産部				様	Tel.: 06-1234-5678
担当者名	工業 次郎				様	Fax.: 06-1234-5679
代理店名	□□商事株式会社 大阪営業所				様	Tel.: 06-7890-1234
担当者名	商事 太郎				様	Fax.: 06-7890-1235
計上先 代理店名	□□商事株式会社 東京本社				様	Tel.: 03-4567-8901
計上先 担当者名	計上 花子				様	Fax.: 03-4567-8902
本体型式	VPS-A3-500kPa-2S(HL)-1					Ser. No.: SA8656
センサ型式	VPRTF-1MP					Ser. No.: SA8656

この中から該当する項目を1つ選択して下さい。

代理店様で計上先が異なる場合は、

必ず、該当する項目にチェックを入れて下さい。チェックが無い場合は、“受付”が出来ません。

* 下記は、必ず記入して下さい。(無記入の場合は、原則受付出来かねますのでご了承下さい。)

測定媒体/付着物は、**特殊ガス** です。

危険物質の付着は無く、人体に危険を及ぼす状態のものではありません。
 危険物質が付着していましたが、人体に危険を及ぼす可能性が無くなるまで除去しましたので、人体に接触しても安全です。

数量	本体	1 個	購入日	2013 年 12 月 20 日	到着予定日	2014 年 12 月 25 日
	センサ	1 個	発生日	2014 年 12 月 21 日	希望納期	2015 年 1 月 15 日

見積り 不要 (作業進める) 異常 無ければ 作業進める (検査・再校正時) 円以下なら作業進める
 作業・見積り 同時に進める 事前見積り 必要 (見積り回答後 作業進める)

ご依頼内容・指示事項

- 検査及び再校正をお願いします。トレーサビリティ書類 P31付きをお願いします。
- 禁油処理をお願いします。

この中から該当する項目を1つ選択して下さい。

添付書類

* トレーサビリティなど書類に明記する正式な「お客様名」をお書き下さい。

〇〇工業株式会社 生産技術部 様

・該当する項目をチェックしてください。

トレーサビリティ書類 (有償)

用途	check	書類名	体系図	証明書	成績書	校正器成績書コピー
圧力センサ (圧力)	<input type="checkbox"/>	P30		◎	◎	
	<input checked="" type="checkbox"/>	P31	◎	◎	◎	
	<input type="checkbox"/>	P40		◎	◎	
	<input type="checkbox"/>	P41	◎	◎	◎	◎
ロードセル (荷重)	<input type="checkbox"/>	L30		◎	◎	
	<input type="checkbox"/>	L31	◎	◎	◎	
	<input type="checkbox"/>	L40		◎	◎	◎
	<input type="checkbox"/>	L41	◎	◎	◎	◎
「パネル・メータ」と「アンプ内蔵センサ」との組み合わせ	<input type="checkbox"/>	V30		◎	◎	
	<input type="checkbox"/>	V31	◎	◎	◎	
	<input type="checkbox"/>	V40		◎	◎	◎
	<input type="checkbox"/>	V41	◎	◎	◎	◎

試験成績書 5点取り (有償) 禁油処理 (有償) パラメータ・シート

* 標準の試験成績書 (無償) は、3点取りのみとなります。5点取り (有償) をご注文の場合、3点取りを添付致しません。

必要とする書類が有れば、該当する

直送先 (有る場合) 〒 543-0012 会社・部署名: 〇〇工業株式会社 生産技術部 住所: 大阪市中央区本町 1-2-3 Tel.: 06-1234-5678

お願い (お客様・代理店様各位)

1. 現品は原則として、本体+センサ+ケーブル一式でご返却願います。
 2. 修理・改造後の旧交換部品は原則として、廃却処分とさせていただきます。
 3. 見積書をFAX. させて頂いてから1ヶ月以内にご連絡が無ければ、代理店へ着払いにて返送させていただきますので、ご了承願います。

現品 送付先 〒560-0035 Tel.: 06-6857-1836

大阪府豊中市箕輪 3-7-25 株式会社 バルコム CS室 加藤 行 COA-005