

様

この度はエキスパンダーロールの御引合いを戴き、まことに有難うございます。
貴社仕様に基づき使用可否を検討させて戴きますので、お手数とは存じますが、下記空欄を御記入の上、FAX等で御返却をお願い申し上げます。

【エキスパンダーロール 仕様確認書】

製番・機種名など：

お客様名称 =	
シート材質 =	
シート厚 =	μm
シート巾 = MAX	mm ~ MIN mm
張力max. =	kg/全巾
ラインスピード =	m/min.
抱込み角 =	°
エキスパンダーロール 設置付近の温度 =	°C
エキスパンダーロール 設置付近の特殊環境の有無 = (多湿・溶剤使用 等の特殊環境下で 使用予定の場合、御記入下さい)	
御希望表面処理 = (弊社標準 ⇒ ジュラルミン部：無処理 / 鋼部：パーカー処理)	
御見積り本数 =	本
御希望納期 = 平成 年 月 日貴社(御指定場所)着	

ニューマチック工業 株式会社

tel : 06-0475-1031(代) fax : 06-6475-0880

営業課