

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頂き戴きますので、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	＝	μ m	
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	＝	℃	
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	＝	令和 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