

探傷装置仕様／資料作成フォーム

ご依頼日 _____

用紙にご記入の上、FAX(048-449-8661)または、お問い合わせよりお申込みください。
頂戴いたしました内容をもとに、営業担当、または弊社窓口よりご連絡をさせていただきます。

会社名	<input type="text"/>		
部署	<input type="text"/>		
役職	<input type="text"/>		
名前	<input type="text"/>		
住所	〒 <input type="text"/>		
TEL	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
email	<input type="text"/>		

※不明箇所がある場合は空欄のままご提出ください。

1.被検査材詳細

材質	<input type="text"/>		
形状	<input type="radio"/> 管 <input type="radio"/> 丸棒 <input type="radio"/> コイル <input type="radio"/> 圧延ロール <input type="radio"/> その他 <input type="text"/>		
表面肌	表面粗度 <input type="text"/>		
外径	φ <input type="text"/> mm ~ φ <input type="text"/> mm		
長さ	定尺 <input type="text"/> mm ~ <input type="text"/> mm <input type="radio"/> エンドレス <input type="radio"/> コイル		
寸法公差	<input type="text"/>		
偏径差	<input type="text"/>		
曲がり	<input type="text"/>		
材料温度	<input type="radio"/> 常温 又は <input type="text"/> 度 ~ <input type="text"/> 度		

2.希望検出能力

検出対象きずの種類	<input type="radio"/> 線状キス <input type="radio"/> 割れ <input type="radio"/> へげキス <input type="radio"/> カキ折れ <input type="radio"/> ドリルホール φ <input type="text"/>		
	<input type="radio"/> その他 <input type="text"/>		
検出対象きずの大きさ	幅 <input type="text"/> mm 深さ <input type="text"/> mm 長さ <input type="text"/> mm		
	ドリル穴 <input type="text"/> mm その他 <input type="text"/>		
きず方向	<input type="radio"/> 円周方向のきず <input type="radio"/> 軸方向のきず		

3.設置位置

設置位置	<input type="radio"/> オンライン <input type="radio"/> オフライン <input type="radio"/> その他		
ライン速度	<input type="text"/> m/min ~ <input type="text"/> m/min		

4.供給電源

動力用電源	AC <input type="text"/> V	<input type="text"/> Hz	<input type="radio"/> 単相 <input type="radio"/> 三相
装置電源	AC <input type="text"/> V	※接地:A種又はC種独立を希望	
備考欄	<input type="text"/>		