

お問い合わせシート

この用紙をコピーにとり、必要事項をご記入のうえFAXにて弊社までお送りください。

エア-浮上式 フリーベアユニット用

記入日	平成	年	月	日
貴社名	様			TEL
工場名				FAX
御住所	〒			
御記入者	様			所属部署

種別	<input type="checkbox"/> プレス	<input type="checkbox"/> その他 ()	台数	
	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 既存	ボルスター改造	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
機械	メーカー名:	機種名:	加圧能力:	ton
使用空気圧	保証圧:	MPa(kg/cm ²)		
対象機械	<p>厚さ()</p>		<p>T溝</p>	<p>角溝</p>
	(単位: mm)		※実寸での測定値をご記入ください。(単位: mm)	
金型	寸法	最大: 左右 () mm × 前後 () mm × 高さ () mm		
		最小: 左右 () mm × 前後 () mm × 高さ () mm		
	重量	最大: () kg	最小: () kg	面数
	底面形状	例) ゲタバキ等		
材質				
使用状況・条件	段取方法	<input type="checkbox"/> クレーン <input type="checkbox"/> フォークリフトまたはハンドリフト <input type="checkbox"/> 専用台車 <input type="checkbox"/> その他		
	所要人員	現状: 人	段取時間	現状: 分
		目標: 人		目標: 分
		交換頻度	現状: 回/日	目標: 回/日
	AFUの固定	<input type="checkbox"/> 要 () <input type="checkbox"/> 不要		
スクラップ対策	<input type="checkbox"/> 要 () <input type="checkbox"/> 不要	熱対策	<input type="checkbox"/> 要 (°C) <input type="checkbox"/> 不要	
備考				
御希望予算			実施予定時期	平成 年 月 日頃