＜ ご希望仕様確認書 ＞

貴社のご要望を的確かつ迅速に見積させていただくために、お手数とは存じますがご記入をお願い致します。

	見積提出希望日：　　年　　月　　日	ご記入日：　　年　　月　　日

NO	内　　容	（ご希望の仕様を記入または〇印を付けてください）		
1	機械名（機種名）	スリッター：　　リワインダー：　　その他：		
2	設備目的	①更新（既設メーカー名：　　）　②増設　③新規導入		
	計画内容	設備理由、新規機械に期待されること、現在の不具合等		
	予算			
3	納入時期	年　　月頃希望		
4	基材名	1.　　厚み ＿＿＿μm　単体 ・ ラミ品		
		2.　　厚み ＿＿＿μm　単体 ・ ラミ品		
		3.　　厚み ＿＿＿μm　単体 ・ ラミ品		
5	基材幅	最大：　　mm　最小：　　mm		
6	ロール面長	mm		
7	基材径	最大：φ　　mm	基材重量	最大：　　kg
8	基材コア内径	φ　　mm	基材コア材質	紙　樹脂　鉄　厚み　　mm
9	巻出張力	最大：　　N～　　N	最小：　　N～　　N	
10	巻取速度	最大：　　m/min	常用：　　m/min	
11	巻取張力	N～　　N　／m		
12	巻取径	最大：φ　　mm	巻取重量	最大：　　kg
13	巻取コア内径	φ　　mm	巻取コア材質	紙　樹脂　鉄　厚み　　mm
14	切断条数	最大：　　条　最小：　　条		
15	切断幅	最大：　　mm　最小：　　mm		
16	切断方法	レザー　回転レザー　丸刃　スコア　他（　　）		
17	ユーティリティ	エアー：0.4　0.5　0.6 MPa	電源：3相　200V・50Hz　220V・60Hz　異電圧　　V	
18	設置環境	通常　クリーンルーム（ クラス　　）		
19	設置場所	1階　2階　3階以上　危険場所（防爆必要）		
20	オプション	静電除去装置（ エアーブロー式 ・ 針式 ）　原反油圧昇降装置　巻取製品取出装置 耳巻取装置　Eカット装置　タッチロール 検査機（ メーカー名：　　），（ 無地 ・ 印刷 ），（ 透過 ・ 反射 ），（ 片面 ・ 両面 ）		
21	その他仕様			
22	ご連絡先	貴社名：　　事業所名：		
		部署名：　　お役職：		
		お名前：　　E-mail：		
		TEL※：　　FAX：		

RE-048b

株式会社 東伸　担当：営業部

こちらまでご返信ください ⇨ FAX：0584-91-9106

本社・工場
〒503－0985
岐阜県大垣市野口3丁目1番地
TEL：0584－91－9111
E-mail：sales1@cstoshin.co.jp