

TMPオーバーホール・修理依頼シート

オーバーホール・修理のため、当社へ製品を送付される場合、必ず本誌を添付して頂きますよう、お願い申し上げます。
また、以下の該当する項目について、可能な限り詳細にご記入願います。

【調査事項】()部分は必要事項を記入し、□は該当箇所にV印をお願いします。

| | | |
|---------------|--|------------------|
| 1) ご返却品 | □ポンプ 形式 _____ 製品 S/N _____ | |
| | □コントローラ 形式 _____ 製品 S/N _____ | |
| 2) ご依頼内容 | □オーバーホール □修理 □その他 | |
| 3) 詳細説明 | | |
| 4) アラーム名、No | | |
| 5) ご依頼日(発生日) | 年 月 日 | 6) 処置完了希望日 年 月 日 |
| 7) 運転開始日 | 年 月 日 | 8) 納入日 年 月 日 |
| 9) 回転翼定期推奨交換 | <p>ご返却が推奨交換期間を過ぎている場合</p> <p>□① 交換する</p> <p>□② 蛍光探傷検査において、異常が見られない場合は継続使用する(交換しない)</p> <p>※②の場合、修理、オーバーホール後、回転翼に起因する故障・トラブルは保障対象外とさせていただきます。</p> <p>※長期運転されたロータは、蛍光探傷検査(外観検査)からは判別できない材料劣化が起こります。</p> <p>このため、より安全にご使用頂くために回転翼の定期的な交換を推奨しております。</p> <p>(推奨交換期間: <u>不活性ガス下で使用の場合:7年</u> <u>腐食性ガス下で使用の場合:5年</u>)</p> <p>ご使用条件(ガス流量・ガスの種類等)により、寿命が大幅に短くなることがあります。</p> | |
| 10) 吸引物質・吸引ガス | <p>作業者の安全確保のため、ご協力お願い申し上げます(ご記入必須)。</p> <p>ポンプの吸引物質・吸引ガスより安全上取り扱い方法が異なります。</p> <p>ご連絡がない場合、オーバーホール等をいたしかねますので必ずご記入下さい。</p> <p>他のプロセスチャンバ等から回り込む可能性がある場合は、その吸引物質・ガスもご記入下さい。</p> <p>また、人体に有害なガスをご使用の場合は、窒素置換してご返却頂きます様をお願いいたします。</p> <p>□吸引物質名: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ・エッチング装置はエッチングされる材質等をご記入下さい(GaAs基板等) ・スパッタ装置・蒸着装置はターゲットの材料等をご記入下さい。 <p>□空気・窒素等(名称 _____) □He等不活性ガス(名称 _____)</p> <p>□腐食性ガス(名称 _____) □反応性・活性ガス(名称 _____)</p> <p>□毒性ガス(名称 _____) □その他(名称 _____)</p> <p>・人体へ影響(□有 □無)</p> <p>・呼吸口・排気口に変色・付着物がありますか(□有 □無)</p> <p>※ポンプ内部に変色・付着物がある場合、性能維持のため洗浄させていただきます(別途洗浄費を申し受けます)</p> <p>・吸引物及び吸引ガスが除去されていない場合の処置方法・取り扱いの注意など</p> | |
| 11) 御返却先情報 | <p>ご使用先会社名:(_____) 部署名(_____)</p> <p>担当者名:(_____) 責任者名:(_____)</p> <p>返却先住所(〒 _____)</p> <p>電話番号:(Tel: _____)</p> | |
| 12) ご使用状況 | <p>ガスパージ □使用していた(_____ SCCM) □使用せず(無)</p> | |



【 発送先 】

アローズエンジニアリング株式会社

〒264-0025 千葉県千葉市若葉区都賀1-4-2

TEL :043-234-5511 FAX :043-233-7268