

SMC SLIT VALVE 製品引取確認書(汚染物質)

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。

【重要事項】

ご使用のバルブは化学物質の汚染環境にあります為、事前に下記の確認項目の記入をお願い致します。

確認項目につきましては出来るだけ正確に、記載漏れや虚偽の無いよう、宜しくお願い致します。

輸送中や空気に晒されることにより、発火する可能性のあるバルブ、あるいは雰囲気において人体に影響を及ぼすバルブにつきましては、あらかじめお客様で洗浄してから御発送頂けますようお願い致します。

()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。

注) 修理品返却に関しましては、貴社注文書受領後の製品発送となります。

1) ご依頼内容	製品品番 : ()		製品名称 : ()	
	製品ロットNo: ()		使用期間 : (~)	
	使用装置名	Concept2 : <input type="checkbox"/> Sequel <input type="checkbox"/> Speed <input type="checkbox"/> Altus		
		Concept3 : <input type="checkbox"/> Vector <input type="checkbox"/> Speed <input type="checkbox"/> Altus		
2) ご使用状況	この製品は、洗浄されておりますか? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
	この製品は、汚染されておりますか? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
	この製品の汚染物質は、人体に影響を及ぼしますか? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
	製品に使用された全ての化学物質(化学物質名/化学記号)	①	②	
	③	④		
	⑤	⑥		
	洗浄後の分析方法及び結果をご記入ください。			
3) 汚染状況をお知らせください ※未洗浄のバルブは受入不可となります。	毒性	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	発火性	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	酸性	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	放射性	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	その他化学物質 ()			
3) 依頼内容(故障症状)				
4) ご依頼日	年	月	日	5) 修理完了希望納期
				年
6) 御社名	御社会社名 _____			
	住 所 _____			
	部 署 名 _____		担 当 者 名 _____ (印)	
	電 話 番 号 _____		F a x 番 号 _____	
	E-Mailアドレス _____			
7) AEC記入欄	AEC営業担当者: _____ (印)		AEC技術担当者: _____ (印)	

【 発送先 】

アローズエンジニアリング株式会社

SMC SLIT VALVE 担当者宛

〒264-0025 千葉県千葉市若葉区都賀1-4-2

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

