



微圧校正器マイクロキャル レンタル
見積依頼 兼 申込み書

株式会社サヤマトレーディング 宛て

e-mail : sales-team@sayama.com
Tel 03-3903-2181 Fax 03-3903-0123

*見積依頼はご印鑑不要です。

ご依頼日	年 月 日			
貴社名	(印)			
貴社ご住所				
貴社情報	所属部署			
	担当者			
	電話番号			
	FAX番号			
	メールアドレス			
ご希望のレンジ	<input type="checkbox"/> 0~100Pa	<input type="checkbox"/> 0~±100Pa	<input type="checkbox"/> 0~500Pa	<input type="checkbox"/> 0~±500Pa
	<input type="checkbox"/> 0~±1000Pa			
書類	<input type="checkbox"/> マスターとの比較検査成績書			
	<input type="checkbox"/> マスターの校正証明書			
レンタル期間	<input type="checkbox"/> 7日	<input type="checkbox"/> 14日	<input type="checkbox"/> 21日	<input type="checkbox"/> 30日
ご希望の使用開始日				
使用場所 (動産保険を掛けますので詳細を記入下さい。)	〒 (選択/階を入力: ①鉄筋コンクリート造り 階、 ②木造造り 階)			
使用場所のご担当者	担当者			
	電話番号			
	メールアドレス			
製品の送付先 (使用場所と同じ場合は記入不要)	〒	TEL		
その他ご要望				

レンタルの状況により、ご希望に添えない場合がございます。ご発注時に在庫の有無をお問い合わせください。

お申し込みいただく方と使用者及び使用場所(住所)が異なる場合、必ず使用場所ご担当者の情報を明記してください。

管理No. _____
動産保険手続

社長	業務部長	経理	営業部長	担当者