

CDドライヤーテスト依頼書

貴社名 _____
 担当者部署名 _____
 ご担当者名 _____
 TEL _____ FAX _____

株式会社西村鐵工所
 佐賀県小城市牛津町柿樋瀬286-4
 TEL 0952-66-1101
 FAX 0952-66-4627

下記サンプルについてCDドライヤーによる乾燥実験を依頼します。

サンプル名 _____ (_____ 検体)
 内容成分 _____

原液水分/測定温度	_____ %W.B. / _____ °C	送付量	_____ ㍓
希望乾燥物水分/測定温度	_____ %W.B. / _____ °C	<input type="checkbox"/> ハンドリング [※]	_____
実機原液処理量	_____ kg/日 (_____ h)	pH	_____ 粘度 _____ cP
原液中の沈殿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
原液中の腐食成分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(成分名 _____)	
原液の毒性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(成分名 _____)	
乾燥物・乾燥蒸気の毒性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(成分名 _____)	
乾燥物の用途	<input type="checkbox"/> 産廃 <input type="checkbox"/> 製品 <input type="checkbox"/> リサイクル <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
立会テスト	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する	(予定 _____ 名)	

補足・注意事項等 _____

は又はチェックしてください。
 ※ハンドリングとは弊社で扱いやすい乾燥状態を判断してテストします。水分は成り行きです。

提出品リスト	テストレポート 記録 乾燥物 原液残液・容器 テスト機洗浄水	原液処理能力、乾燥物水分、蒸気圧力、蒸気消費量 写真 <input type="checkbox"/> ビデオ撮影(必要な場合は <input checked="" type="checkbox"/> 又はチェックしてください) 全量返却させていただきます 全量返却させていただきます 毒性のある原液の場合は全量返却させていただきます
--------	--	---

提出品送付先 住所 _____
 会社名 _____
 部署名及び氏名 _____
 TEL _____ FAX _____

テスト費用明	一般テスト(100L)	¥50,000
	簡易テスト(20L)	¥30,000
	毒性のある場合	防毒マスク等の実費をご請求致します
	返送料金	着払い

原液は下記宛ご送付下さい

〒849-0302 佐賀県小城市牛津町柿樋瀬286-4
 株式会社西村鐵工所 技術部開発課 宛 TEL 0952-66-1103