

下記ご記入の上、F A X してください。折り返し、弊社より試験内容・日程の確認をさせていただきます。

特記事項がありましたら試験条件欄にご記入ください。

※印は必須項目ですので漏れなくご記入ください。

会社名／団体名※	
事業所名	
部署名	
ご担当者名※	
ご住所※	〒 <input type="text"/> (例 350-1203) <input type="text"/> (例 埼玉県日高市旭ヶ丘 620-1)
TEL※	(例 042-984-4151)
FAX※	(例 042-985-2411)
E-Mail	
実施希望日※	(例 2007年9月1日～9月30日)
試験目的	
試験の条件※	
試験する製品名	
試験する製品寸法	(× ×) mm (W×D×H)
試験する数量	
試験する製品重量	() kg