

連絡先
・茅ヶ崎 TEL 0467-86-5511
・大阪 TEL 06-6482-3004
・鹿児島 TEL 0995-72-1136

本部代表 FAX: 0467-58-5511
 茅ヶ崎営業 FAX: 0467-87-7812
 大阪営業 FAX: 06-6481-7400
 鹿児島営業 FAX: 0995-72-1137

送り先
・茅ヶ崎表面処理: 〒253-0071
神奈川県茅ヶ崎市萩園2658-19
・鹿児島表面処理: 〒899-6301
鹿児島県霧島市横川町上ノ3133
(旧ケミカル)

弊社への送信の際はFAX番号チェックボックスに V 印をお願いします。

I) お取引先様情報(下記 I ~ IV の太線内記入願います。)

[お客様出荷予定日: 月 日 便]

区分	A: 得意先様(商社) / 出荷先様	B: 請求先様	社印	C: 納入先様(処理品返送先様)
会社名				
住所	〒)	〒)		〒)
部署名				
担当者				
TEL				
FAX				
連絡事項	<input type="checkbox"/> 事前見積番号 () <input type="checkbox"/> 前回履歴 → 有り (月 日 頃) <input type="checkbox"/> 前回履歴 → 無し(新製品): 電解の場合は弊社営業部員と部品の重要部・ラック位置のお打合せをお願い致します。又は図面指示願います。			納期: 月 日着 様と予約済

II) 希望する処理及び検査を成膜種類・前工程・検査区分より選択の上、必ずご記入願います。

処理名	その他(チェック無き場合は無)	通常検査(無料)	<input type="checkbox"/> 特定検査(有料)
<input type="checkbox"/> タフラム <input type="checkbox"/> 硬質アルマイト <input type="checkbox"/> バッカル(SAL) <input type="checkbox"/> バッカル(SAL2) <input type="checkbox"/> バッカル(OX) <input type="checkbox"/> バッカル(Z) <input type="checkbox"/> ニダックス	<input type="checkbox"/> ニフグリッブ <input type="checkbox"/> 無電解ニッケル(Ni-P) <input type="checkbox"/> レクトロフロー <input type="checkbox"/> C39-BK <input type="checkbox"/> 脱膜・剥離のみ <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> ショットブラスト(GBB) サイズ: 1000 × 1000 × 600 封孔 (<input type="checkbox"/> 蒸気 <input type="checkbox"/> 沸騰水)	①検査成績書添付(有料) ②特定検査(内容) <input type="checkbox"/> 膜厚 <input type="checkbox"/> 外観 <input type="checkbox"/> 硬度 <input type="checkbox"/> 参考測定 ()
膜厚 μm	図面 枚	タフラム・硬質アルマイト・バッカルの一般公差は±10 μm です。 ニダックス・無電解ニッケルの一般公差は±2.5 μm です。 ニフグリッブの一般公差は±3.0 μm です。	

III) 部品明細: 図面番号が無い場合、外寸を下記にご記入願います。

	図面番号(外寸)	品名(初回品はチェック)	数量	材質(A8082等)	注文番号	単価	備考	希望着納期
①		<input type="checkbox"/>						希望運送便名 ()
②		<input type="checkbox"/>						
③		<input type="checkbox"/>						
④		<input type="checkbox"/>						着

* 初回品の場合は、品名欄のチェックボックスに 印を記入願います。また、初品は材質、部品の重要部、ラック位置、マスク位置、膜厚測定位置を、必ず明記して頂きますようご協力願います。

IV) スケッチ及び備考: 部品の重要部、ラック、マスク位置などを下記にご記入願います。(図面があれば図面指示願います。)

① (重要面があればご指示願います。)	② (重要面があればご指示願います。)	③ (重要面があればご指示願います。)	④ (重要面があればご指示願います。)
------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

[発注確認欄] 弊社出荷予定日を下記に連絡致します。(変更が発生しそうな場合は後日連絡致します。また、納期間合せは生産管理 菊地まで。)

貴社ご発注内容を、FAX到着後、3日までに確認を頂き、捺印後返却下さい。期日までにご連絡ない場合は、ご了承頂いたものとして処理させて頂きます。

弊社出荷予定日	受注入力印	単価承認印	合格印	受入検査項目	開梱印	荷姿
弊社出荷日				傷…すり傷(爪に引っかかる物/引っかからない物)・打痕 付着物…バフ粉・油・金属屑・錆び・腐食 全数検査 抜取検査(%程度) 品管で検査 図面(有り・無し)/注文書(有り・無し)/ 指定伝票(有り・無し)/ 送り状(有り・無し) 現品処理・返品(全数・選別)		<input type="checkbox"/> ダンボール <input type="checkbox"/> 通函/木箱 <input type="checkbox"/> パレット積 <input type="checkbox"/> 現品のみ <input type="checkbox"/> 持込(なし) <input type="checkbox"/> その他
受注番号	—		不合格理由		入荷運送会社:	

- (注) 金属表面処理加工の耐久期間: 金属表面処理の被膜種類毎の特性の耐久期間は納入品の使用環境によって変わるためお客様と他の契約の定めに関わらず、金属表面処理の品質保証項目は期間では無く膜厚と硬度となります。耐久期間の確認にはお客様製品の耐久試験等の実施が必要となります。
- (注) 数量の多い物 マスク箇所などの複雑な支給品は標準納期外とし別途ご連絡致します。
- (注) ご支給いただいた梱包材で返送いたします。また、梱包材が不足している時は、同様の梱包材を補充する場合があります。
- (注) 本発注仕様書及び同様の要求項目が添付されない場合、リポート品として前回処理(2年以内)と同じ処理内容とさせていただきます。
- (注) 本製品は外国為替及び外国貿易法により輸出に規制を受ける可能性があります。輸出される際は弊社まで一報下さい。
- (注) 参考測定検査は、合否判定を示すものではありません。