

**申込前の確認事項 / 見積り依頼書**

*Confirmation before Application*

ナノテックシュピンドラー株式会社 行 TEL:04-7135-8733 FAX:04-7135-8820

該当する申し込み内容に印をつけて下さい 記入年月日     年  月  日

|  |
| --- |
| **認証手続** |
| ＊ 認証手続きの場合は、関連する全ての生産工場名、住所、新規／既登録の別を英文で詳細欄にご記入ください。(別紙添付可) |
| [ ] 新規認証申請 | 希望認証： |
|  | CB 証明：[ ] 有 | ：[ ] 無 | 他認証証明の有無： | [ ] 有(     ) | [ ]  | 無 |
| [ ] 変更申請 | 既存認証： |
| ＊変更の内容を詳細欄にご記入ください。（例：材料ＡをＢに変更、工場Ｃを削除） |
| [ ] 既取得ライセンスの CB テストレポート・CB 証明発行 |
| **CE マーキング** | **CE マーキング用テストレポートのみ** |
| [ ] 新規 | [ ] 追加 | [ ] 変更 |  | [ ] 安全 | [ ] EMC [ ] その他 | （     ）　　　　 |  |  |
| ＊ＣＥマーキングの場合は、製品に関する技術書類を添付し、書類名を詳細欄にご記入ください。（例：配線図、パーツリスト）＊変更の場合は、変更の内容を詳細欄にご記入ください。（例：材料ＡをＢに変更、新機種を追加） |
| **インフォメーションテストレポート （証明書を伴わないレポート）** |
| [ ] 安全 | [ ] EMC | 　　[ ] その他（ |      ） |  |  |  |  |
| [ ] その他 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 御社名 *Company Name*      | ご住所 *Company Add.*      |
| ご担当者名*Person in Charge* | 　      | 部署名*Dept.* | 　      |
| Tel:      （   ）      Fax:       （   ）      | E-mail:       |
| 製品名*Product Name* | 　      | 型式名*Type/Model Name* | 　      |
| 定格電圧*Rated Voltage* | [ ] AC(単相・三相) [ ] DC V | 定格入力*Rated power input* |       W      A      Hz |
| 定格周波数*Rated Frequency* |      Hz | 絶縁クラス*insulation* | Class: [ ] 0 [ ] 0Ⅰ[ ] Ⅰ[ ] Ⅱ [ ] Ⅲ [ ] 内部電源 |
| 外郭による保護クラス*Protective**Classification* | IP      | 装着部の分類（医療機器に限る）*Classification of applied part* | [ ] B 型 [ ] BF 型 [ ] CF 型 |
| 適用規格*Applied Standard* |       |
| ライセンスホルダー名（認証手続の場合）または CE 宣言社名（CE マーキング関連の場合）と住所（英文でご記入ください） *License Holder or CE Declarer Name & Address* |
| *Name* |        |
| *Address* |        |
| 関連ライセンス No. *Related License No.*：     認証取得済み材料名（別紙添付可）*Certified Materials*：      |
| 詳細*Details* |      試験サンプル用意可能時期：      年*(Year)*      月*(Month)* |
| 認証取得希望時期 *Required Period of Certification*     年*(Year)*     月*(Month)* 〔[ ] 上旬 [ ] 中旬 [ ] 下旬 [ ]  （      ）日〕※（ご希望時期に取得できない場合もございます） |
|  | 弊社使用欄*Sent by*    *Received by*    *Checked by*    |

Doc. No. SAQF-03-042 Edition 4 (21-03-09)