

# EMC試験サービス申込書

NTTアドバンステクノロジー株式会社

※ 太枠線内を記入し、Mail(emc-service@ml.ntt-at.co.jp)にお送りください。

申込日

会社名	会社名：		
	所属： _____		
連絡先	住所 〒 _____		
	担当者 _____ 様		
	TEL. _____		FAX. _____
	Email _____		
	作業管理責任者 _____ 様		
試験期間	試験日数	(日間)	
測定設備	<input type="checkbox"/> 大型電波暗室 <input type="checkbox"/> シールドルーム <input type="checkbox"/> 過電圧試験設備 <input type="checkbox"/> 小型電波暗室 <input type="checkbox"/> GTEMセル <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 六面電波暗室 <input type="checkbox"/> 雷サージ設備 <small>※ チェックされている設備のみ予約いたします</small>		
装置名			
型名			
装置概要	サイズ (cm)	_____ × _____ , _____ × _____	
	重量 (kg)	_____ , _____	
	使用電源	_____ V / _____ A , _____ V / _____ A	
	通信線回線数	_____	
	装置分類	<input type="checkbox"/> CLASS A <input type="checkbox"/> CLASS B <input type="checkbox"/> その他 (備考へ記入)	
測定項目	VCCI申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	距離	<input type="checkbox"/> 3m <input type="checkbox"/> 10m <input type="checkbox"/> その他 (備考へ記入)	
	<small>※ 測定希望項目に <input type="checkbox"/> にチェック印を付けて下さい。</small> <input type="checkbox"/> 放射妨害波測定 <input type="checkbox"/> 放射免疫試験 <input type="checkbox"/> ファーストランジエント (EFT/B) 試験 <input type="checkbox"/> 電源線伝導妨害波測定 <input type="checkbox"/> 伝導免疫試験 <input type="checkbox"/> 擬似雷サージ印加試験 <input type="checkbox"/> 通信線伝導妨害波測定 <input type="checkbox"/> 静電気 (ESD) 試験 <input type="checkbox"/> その他 (備考へ記入)		
備考			

※ 太枠線内を記入し、Mailにてお送りください。

(別紙1 2/2)

機器の ・搬入 ・搬出 ・その他	搬入機器1	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 業者持込 【 到着予定 月 日 AM/ PM : ( 個口) 】
	機器搬出	<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日 (有料) 【 搬出予定 月 日 AM/ PM : 】
	持込装置1	① _____ 台数 : _____ (台) ② _____ 台数 : _____ (台) ③ _____ 台数 : _____ (台) ④ _____ 台数 : _____ (台)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 機器の搬入は原則として試験日の2日前からになります。</li> <li>・ 事前搬入は原則として有料になります。</li> <li>・ 土、日、祝日の搬入搬出はご遠慮下さい。</li> </ul>	

(必ず記入) 支払いに ついて	支払条件	<input type="checkbox"/> 銀行振込 : 検収 _____ 日締, _____ 月 _____ 日払 ( 記入例 : 15日締, 翌月 20日払 ) :
	請求書	届きます
	<p>【WEB請求送付先】 連絡先と同じ場合でも、<u>必ず御記入</u>をお願い致します。</p> <p>会社名 _____</p> <p>所 属 _____</p> <p>担当者 _____</p> <p>住 所 〒 _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>TEL _____ FAX _____</p> <p>Email _____</p>	

【注意点】

- 入手致しましたお客様の個人情報は、本評価サービス業務でのご連絡とご案内に限り利用させていただきます。
- 試験時間は原則として、9時から17時です。時間超過の場合は、可能な限り申込時にご連絡ください。
- 装置の搬入・搬出については、原則としてお客様による手配でお願いします。
- 業者による搬入の場合、荷送伝票に試験場所 および 測定日 を明記して下さい。
- 梱包材等は、搬出時に全てお持ち帰り下さい。

申込先