

FAX : 03-4586-0581 / TEL : 03-4586-0580

※SAS会員への登録は下記申込書の太枠部分にご記入の上、FAXにてお申し込み下さい。

【SAS会員登録申込書】

| | | |
|-------|---|---|
| 会員番号 | | |
| 申込年月日 | 年 | 月 |

| | | | |
|----------------|------|------|--------|
| 貴社名 | | | |
| ご住所 | 〒 | | |
| | | | |
| 連絡先 | TEL: | FAX: | |
| 部署名 | | | |
| ご担当者名 | | | |
| E-MAIL | | | |
| 希望実施時期 | 年 | 月 | 実施予定台数 |
| 型式 (分かる範囲で) | | | |

●ご希望の項目にチェックを付けてください。

| | |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①定期検査回数 | <input type="checkbox"/> 年1回 <input type="checkbox"/> 年2回 <input type="checkbox"/> 年3回 <input type="checkbox"/> 年()回 |
| ②証明書について | <input type="checkbox"/> JCSS校正証明書(不確かさ付) 台 <input type="checkbox"/> 検査証明書 台 <input type="checkbox"/> 不要 台 |
| ③その他オプション | <input type="checkbox"/> 最小サンプル量(USP TEST) <input type="checkbox"/> IQ／OQ報告書 <input type="checkbox"/> CFR1065対応成績書 <input type="checkbox"/> 任意指定荷重(規定の荷重値以外をご希望される場合) |
| ④作業時における保護具の必要性 | <input type="checkbox"/> 必要() <input type="checkbox"/> 不要 |
| ⑤右記に該当する設置場所の確認 | <input type="checkbox"/> クリーンルーム(クリーン度) <input type="checkbox"/> RI管理区域 <input type="checkbox"/> 防爆エリア <input type="checkbox"/> その他事前に連絡が必要なエリア() |

| | | |
|------|--------|------|
| 代理店名 | (CD:) | |
| 部署 | 担当者 | |
| 連絡先 | TEL: | FAX: |