

「試験設備ご利用約款」に同意したうえで、以下のとおり申し込みます。

申 込 者 (請求先)	会社名				
	所在地	〒			
	担当者	氏名 :	TEL :	内線 :	FAX :
		事業部・所属 :			
	E-mail :				
申 請 者 (上記と異なる場合)	会社名				
	所在地				
測 定 種 別	<input type="checkbox"/> レンタルでのご利用 <input type="checkbox"/> 立会試験※弊社エンジニアが測定 <input type="checkbox"/> 委託試験※弊社エンジニアが対策測定				
試 験 規 格	(例 : FCC Part 15 Subpart Class B Digital Device) ※年号, バージョン指定がある場合はご記入ください。				
試 験 機 器	試験品名 :				
	型式番号 :				
	製造番号 :				
	テストサンプルの種類 : <input type="checkbox"/> 量産品 <input type="checkbox"/> 量産前試作品 <input type="checkbox"/> 試作品				
外 観	高さ : (    )mm, 奥行 : (    )mm, 幅 : (    )mm, 重量 : (    )kg				
電 源	<input type="checkbox"/> DC(    )V, (    )A    / <input type="checkbox"/> AC(    )V, (    )A, (    )Hz ※単相電源のみ対応可能です。				
社内スペック	<input type="checkbox"/> 有 (マージン_____dB 以上) <input type="checkbox"/> 無 ※マージンについてはエミッション測定のみとなります。				
添 付 資 料	<input type="checkbox"/> 機器に関する技術情報 ※委託試験の場合はご提供下さい。				
	<input type="checkbox"/> その他 (    )				
希 望 納 期	機器の出荷可能日 :    月    日, 試験完了日 :    月    日, 試験報告書の希望日 :    月    日				
機器の返却	<input type="checkbox"/> 引取り <input type="checkbox"/> 発送 (運賃は申請者負担)				
運送業者の指定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(    ) 保険 : <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 保険金額(    )				
発 送 先	<input type="checkbox"/> 申請者宛 <input type="checkbox"/> 他(    )				
備 考					

個人情報のお取り扱いについて

ご提供頂いた個人情報に関しましては、本サービスご提供のための業務(受付、連絡、請求書発行等)に利用させていただきます。また、弊社のサービス向上に向けて、各種のご案内・情報提供やアンケート実施に利用させて頂く場合があります。  
 ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

## 株式会社 Wave Technology

本社 : 〒666-0024 兵庫県川西市久代 3-13-21

TEL.072-758-5811, FAX.072-758-5593

営業担当 植村、阪部

東京デザインセンター : 〒141-0031 東京都品川区西五反田 7-1-1 住友五反田ビル 1F

TEL.03-5436-6405, FAX.03-5436-6407

営業担当 梶原、沖殿