

ベンディング金型FAXシート

株式会社 **コニック**

FAX 金型センター 宛

0120-0529-55

又はお取引の販売店までお願いします

C・POC会員様No. _____

送信日 / 年 月 日 時

ページ
/

担当者(窓口)名 _____ 宛

1. 見積依頼		2. 発注	
御依頼元		都道府県名	TEL ()
御担当者名			FAX ()
			御希望納期 月 日

機械メーカー名及び金型シリーズ	御使用機械名称	機 械 ・ 加 圧 能 力	
アマダ <input checked="" type="checkbox"/> スタндарт		<input type="checkbox"/> kN <input type="checkbox"/> ton	
加工材質		ダイホルダー仕様	<input type="checkbox"/> タップ式 <input type="checkbox"/> レール式 / 高さ: mm
加工板厚	mm	特 記 事 項	
オープンハイト	mm		

金型No.	数 量			パンチの クランプタイプ	お手持ち型 との併用
	L(835mm)	S(415mm)	分 割		
				<input type="checkbox"/> ワンタッチ用 <input type="checkbox"/> 落下防止溝付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> ワンタッチ用 <input type="checkbox"/> 落下防止溝付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> ワンタッチ用 <input type="checkbox"/> 落下防止溝付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> ワンタッチ用 <input type="checkbox"/> 落下防止溝付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> ワンタッチ用 <input type="checkbox"/> 落下防止溝付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> ワンタッチ用 <input type="checkbox"/> 落下防止溝付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> ワンタッチ用 <input type="checkbox"/> 落下防止溝付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

[連絡事項等]

○印または御記入ください。

金型の見積依頼・ご発注の際にご利用頂きます