

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
/

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

○印または御記入ください。

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
コマツ <input checked="" type="checkbox"/> スタンダード		<input type="checkbox"/> kN <input type="checkbox"/> ton
オープンハイト	mm	加工材質
シャットハイト	mm	加工板厚
		mm

金型の見積依頼・ご発注の際にご利用頂きます

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)	K分割	S分割	L分割		
						<input type="checkbox"/> 標準タイプ <input type="checkbox"/> アイクランプタイプ <input type="checkbox"/> 落下防止タイプ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
						<input type="checkbox"/> 標準タイプ <input type="checkbox"/> アイクランプタイプ <input type="checkbox"/> 落下防止タイプ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
						<input type="checkbox"/> 標準タイプ <input type="checkbox"/> アイクランプタイプ <input type="checkbox"/> 落下防止タイプ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
						<input type="checkbox"/> 標準タイプ <input type="checkbox"/> アイクランプタイプ <input type="checkbox"/> 落下防止タイプ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
						<input type="checkbox"/> 標準タイプ <input type="checkbox"/> アイクランプタイプ <input type="checkbox"/> 落下防止タイプ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
						<input type="checkbox"/> 標準タイプ <input type="checkbox"/> アイクランプタイプ <input type="checkbox"/> 落下防止タイプ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
						<input type="checkbox"/> 標準タイプ <input type="checkbox"/> アイクランプタイプ <input type="checkbox"/> 落下防止タイプ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

[連絡事項等]

※ご使用の際はコピーをおとりになってからご使用ください。