

安全弁再検査依頼書

依頼 No.

回答納期
_____ 年 _____ 月 _____ 日

貴社名		
ご住所		
ご連絡先	Tel	Fax
ご担当者		
発送予定日		
ご希望納期		

No.	1次側接続	口径(mm)	吹き始め圧力	製造番号	製造年月
1	ネジコミ / フランジ				
2	ネジコミ / フランジ				
3	ネジコミ / フランジ				
4	ネジコミ / フランジ				
5	ネジコミ / フランジ				
6	ネジコミ / フランジ				
7	ネジコミ / フランジ				
8	ネジコミ / フランジ				
9	ネジコミ / フランジ				
10	ネジコミ / フランジ				

1、安全弁再検査の依頼手順

- ① ご注文時、お客様にて本紙太枠内を記入後、(株)キッツ 機械装置営業部へ FAX を入れてください。
口径・吹き始め圧力・製造番号・製造年月は安全弁本体の銘板に表示されています。
- ② 弊社にて依頼 No.を記入後、お客様へ返信の FAX を致します。
- ③ 安全弁発送時に本紙(依頼 No.、納期記入後)を同梱して下記の受入先に発送をお願いします。

2、注意事項

- ・安全弁受け取り時、本紙の添付漏れや依頼 No.の未記入等により依頼 No.が確認できない場合、回答納期にて納入できないことがあります。
- ・返却された安全弁に接手など製品本体以外の部品が付いている場合、再検査の対応ができません。
- ・対応範囲は作動圧力の再検査です。不合格・復旧不可となる場合があることをご了承ください。

3、ご依頼に関する問い合わせ先

株式会社キッツ 機械装置営業部 TEL 043-299-1734

4、安全弁の受入先

宛先:(株)キッツ 伊那工場 FCB 生産管理経由 FA-17S ライン宛

住所:〒399-4496 長野県伊那市東春近 7130 番地 TEL:0265-78-1117