

# 形状 測定依頼書



会社名・組織名	株式会社 XYZ	依頼日	X月XX日
所属	計測課	希望納期	
氏名	鈴木 太郎	※ 立ち会い測定希望日	X月XX日
E-mail	xxxxxx@yyy.zzz.co.jp	※ 立ち会い測定を希望される方は	
TEL	03-9999-xxxx	立ち会い測定希望日をご記入下さい	
FAX	03-9999-xxxx		

## サンプル情報

	サンプル1	サンプル2	サンプル3
サンプル名称	反射ミラー	球面レンズ	
個数	5	5	
形状(平面、球面)	平面	球面	
反射率@λ=633nm	80%	90%、Alコート	
有効径(mm)	Φ30	10 X 10	
曲率半径(mm) 球面の場合	—	40	
凹か凸か 球面の場合	—	凸	
面精度	λ/20	λ/10	
その他留意点			

## 測定内容

○=必須 △=測定希望 ×=不要 ※=計測費用次第

	計測希望	計測希望	計測希望
形状偏差(面精度)	○	○	
その他ご依頼内容			

備考

※ サンプルの方位、基準面に指定がある場合は別途詳細図面をご送付ください。

トライオプティクス・ジャパン株式会社

静岡県静岡市駿河区中田4-6-25

TEL: 054-203-4555 / FAX: 054-203-4556

URL: www.trioptics.jp / e-mail: info@trioptics.jp