

※ 返信先宛名		FAX番号
		※受付No.

## 製品安全試験依頼書

OEG EMCセンター (行き)

TEL : (直通)0495-22-8411  
FAX : (直通)0495-22-8410

発行 年 月 日

※受付 年 月 日

会社名: \_\_\_\_\_

※返信 年 月 日

所在地: 〒 \_\_\_\_\_

注) ※欄は弊社で記入。

部門名					
担当者名			TEL :		
メールアドレス			FAX :		
試験希望開始日	月	日	試験開始日	※	月 日
試験希望納期	月	日	試験納期	※	月 日
供試装置名	(モデルNo.、型式: _____)		数量	台	接続装置・シミュレータ
概略寸法	(W)×	(D)×	(H) m	概略重量	kg
必要電源	V		A	Hz	φ
試験形態	1. プリチェック (目視検査にて実施。レポートの発行は、ありません) 2. 事前構造検査 (目視検査にて実施。検査結果のレポートを発行いたします) 3. 本試験 (フル試験/特定項目試験)				
試験目的	1. CEマーキング 2. 薬事法 申請 3. その他 ( _____ )				
販売予定国	1. 日本    2. ヨーロッパ    3. アメリカ、カナダ    4. アジア ( _____ )    5. その他 ( _____ )				
対象規格 (個別規格含む)			試験報告書	1. 要 2. 不要	御見積書
			運送方法	1. 依頼者が搬入( _____ ) 2. 送り付け ( _____ )	
供試装置の製造レベル	1. 発売前の量産モデル    2. 既発売品    3. 試作品    4. その他 ( _____ )				
試験依頼者とレポート申請者製造者が異なる場合に記入	レポート申請者: _____ 住所: _____ 担当者: _____ TEL: _____ FAX: _____		製造者: _____ 住所: _____ 担当者: _____ TEL: _____ FAX: _____		
その他の必要連絡事項					
※返信事項					受付印