

特注フィルターお申し込みフォーム (FAX用 全2ページ)

このフォームをプリントアウトして、該当する事項にご記入の上、下記宛先にFAXにて送信して下さい。弊社スタッフが折り返しご連絡させていただきます。
 なお、基本的に本フォーム一式につき、フィルター一種の対応となっておりますので、複数種ご希望の方は、本紙をコピーしてお使い下さい。

送信先：03-3909-1152 朝日分光（株）マーケティンググループ

お客様のご連絡先

御社名*			
ご所属			
お名前*			
TEL*		FAX	
email			
ご住所			

(*印の項目は入力必須となっております。)

納期・ご予算・数量

ご希望納期		ご予算		数量*	
-------	--	-----	--	-----	--

(*印の項目は入力必須となっております。)

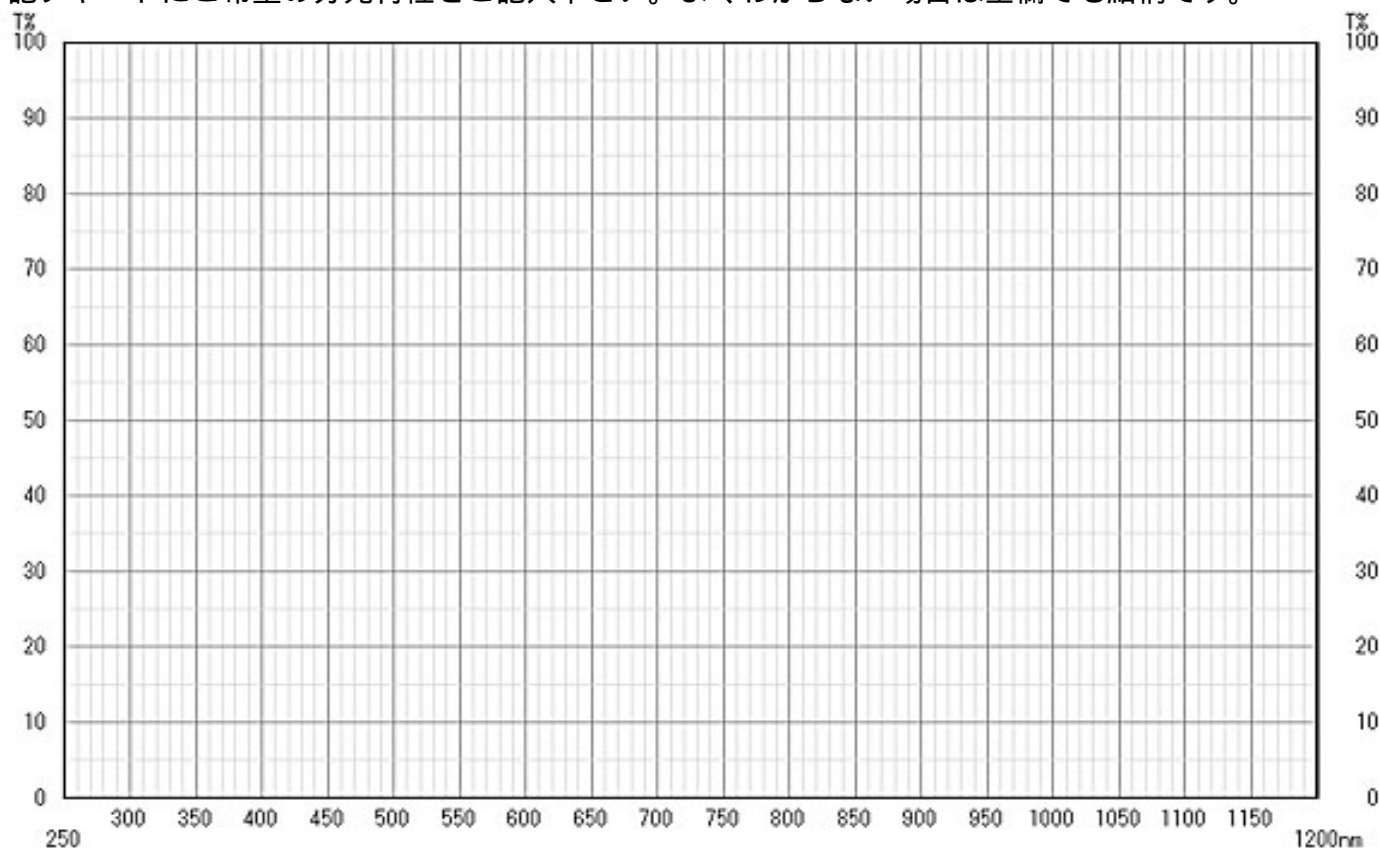
フィルターの仕様

フィルタータイプ	長波長カットフィルター 短波長カットフィルター バンドパスフィルター ダイクロイックミラー その他（プリズム・ミラーなど）		
外形寸法*	角形	x	mm
	丸形		mm
厚み			mm
使用光源			
使用受光器			
使用用途			
フィルターに対して熱は	かからない（常温） / かかる（ 度くらい）		

(*印の項目は入力必須となっております。)

ご希望の分光特性

下記チャートにご希望の分光特性をご記入下さい。よくわからない場合は空欄でも結構です。



詳細なポイント

記入例：)

「450nm～550nmは透過率を70%以上確保したい」、「633nmは確実に0.01%以下に阻止したい」といったポイントをご記入下さい。

ポイント	透過率・反射率・阻止率	nm ~	nm	%
ポイント	透過率・反射率・阻止率	nm ~	nm	%
ポイント	透過率・反射率・阻止率	nm ~	nm	%
ポイント	透過率・反射率・阻止率	nm ~	nm	%
ポイント	透過率・反射率・阻止率	nm ~	nm	%
ポイント	透過率・反射率・阻止率	nm ~	nm	%

備考

ご自由にご記入下さい。