

毎度ありがとうございます。

据付作業を円滑に行うため、下記チェックシートにご記入の上fax頂きますようお願い申し上げます。

名南歯科貿易株式会社(小高)行き Fax052-353-6610(Tel052-799-4075)

ラボベンチ据付事前チェックシート

御社名	ご担当
ユーザー名	責任者
住所	電話番号
品名	
据付日時	平成 年 月 日 時

1. 搬入条件

道路の大型車通行は？	可	否			
施設前の駐車スペースは？	有	無			
搬入経路の最小寸法は？	W	H			
設置場所は？	階	階段W			
エレベータの使用可否と有効寸法は？	可	否	W	D	H
新規ご開業or増設					
搬入お手伝い可能人員	可	否	名		

* エアードスター配管について

ラボベンチ側は外形6mmΦのテフロンチューブです。(6mm-8mm変換ワンタッチカプラー付属)

施設側で6mmor8mmΦチューブが接続できる設備のご用意をお願いします。

2. その他 注意事項などありましたらご記入願います。

以上