

# FAX申し込み用紙

お申込日 令和 年 月 日

[FAX 番号 053-441-8968]

注文No. \_\_\_\_\_

依頼主	〒 _____ - _____	
	住所 _____	
	会社名 (カナ _____)	
	所属名 _____	担当者 (カナ _____)
	TEL _____	E-mail _____
	FAX _____	

※読みにくい漢字の場合にはフリガナをご記入下さい。

## TRY SPRING

■注文品 (種類 C:圧縮コイルばね T:引張コイルばね TO:ねじりコイルばね S:サークリップ)  
(材質 S:SUS304 P:SWPA)

種類	材質	線径	外径 or 内径	自由長 or 角度	巻数 <sup>※</sup>	方向 <sup>※</sup>	数量

※引張コイルばねの対向角 90° の時は方向に+と記入して下さい。  
ねじりコイルばねは、内径・角度、巻数および方向(左巻の時にL)を記入して下さい。

## DAI SPRING

■注文品 (タイプ YEL:軽小荷重 BLU:軽荷重 RED:中荷重 GRE:重荷重  
BRO:極重荷重 BLA:超重荷重 および、金型用丸線コイルばね)

タイプ	外径	自由長	数量

検査成績表(要・不要)

発送方法(郵送・宅急便・ヤマト代引) 希望納期 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

カタログ希望 \_\_\_\_\_ 部 出荷回答(要・不要)

- お支払い方法は銀行振込またはヤマト代引にてお願いを致します。
- ヤマト代引の時は代引手数料が掛ります。
- DAISPRINGには検査成績表は付きません。
- 希望カタログ( 標準ばね TRYspring 金型用強力ばね DAIspring )

**ソテック株式会社**  
静岡県浜松市中区神田町 400  
TEL 053-441-8987  
営業時間 AM8:30~PM5:00