

ビーカーテスト依頼書

太枠内に必要事項をご記入いただき、ファックスでお送り下さい。

FAX: 045-540-8588

貴社名	
ご担当者様	
納入先名	
目的	<input type="checkbox"/> 新設 <input type="checkbox"/> 増設 <input type="checkbox"/> 入替 (現在ご使用中の脱水機:) <input type="checkbox"/> 再選定
業種	<input type="checkbox"/> 食品製造 <input type="checkbox"/> 畜産 <input type="checkbox"/> 医薬品製造 <input type="checkbox"/> 機械・部品製造 <input type="checkbox"/> その他()
汚泥種	<input type="checkbox"/> 生物処理余剰汚泥 <input type="checkbox"/> 加圧浮上フロス <input type="checkbox"/> 凝集沈殿汚泥 <input type="checkbox"/> 原水 <input type="checkbox"/> その他()
処理フロー	お分かりになる範囲でご記入ください。
汚泥発生量	<input type="checkbox"/> ()kg-ds/日 <input type="checkbox"/> ()kg-wet/日 <input type="checkbox"/> ()m ³ /日 × ()mg/l
ケーキ含水率	現状()% 希望()%以下
薬品条件	<input type="checkbox"/> 1液のみ <input type="checkbox"/> ポリ鉄使用可 <input type="checkbox"/> 2液以上可 <input type="checkbox"/> 指定無し <input type="checkbox"/> その他()
運転時間	<input type="checkbox"/> 24h/日 <input type="checkbox"/> 1日()h以内 <input type="checkbox"/> 指定無し
特記事項	

当社使用欄

到着日/終了日	月 日 / 月 日
TS: %	SS: mg/l pH (°C)

※選定した番号に○

	使用薬品	添加量	含水率		使用薬品	添加量	含水率
1				5			
2				6			
3				7			
4				8			

考察

<input checked="" type="checkbox"/> 切 <input type="checkbox"/> 大至急 (/ までに) <input type="checkbox"/> 通常通り (10日前後)	テスト担当者	営業担当者