

# ROM書込み見積り依頼書



山田電音株式会社 大阪市北区長柄中3-13-10

TEL:06-6358-1245 FAX:06-6358-1246

該当する  を塗りつぶして下さい(例:  )

御依頼様名	御依頼日時： 年 月 日 会社名： 部署名： 御担当者名： 住所： 〒  TEL： FAX： E-mail：
書込み対象デバイス	品種： <input type="checkbox"/> フラッシュマイコン <input type="checkbox"/> フラッシュ単体 <input type="checkbox"/> その他 ( ) メーカー名： デバイス型名： パッケージ： ピン数： pin ROM容量： 容器： トレー (1トレーのIC搭載数： ) 1ヶ月の予定総量 個 (予備を含む) 年間総量： 個 (予備を含む) 継続年数： 年 (類似品を含む予想)
書込みデータ	支給形態： <input type="checkbox"/> FD <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> マスター-ROM <input type="checkbox"/> その他 ( ) 備考： ( )
マーキング	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> ドットマーク (白・赤・水色・黄色 他 ) <input type="checkbox"/> ラベル(シール)貼り付け <input type="checkbox"/> レーザーマーキング 文字数： 文字 <input type="checkbox"/> その他 ( )
ベーキング仕様	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ( 時間 )
ベーキング後のベリファイ処理	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
梱包指定	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (真空パック・乾燥剤・他 )
御希望単価	書込み単価：
デバイス御支給予定日	平成 年 月 日 (予定個数： 個 )
書込み御希望開始時期	平成 年 月 日
御希望納期	平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 入荷翌日発送など特急希望有り
書込み品の送付先	<input type="checkbox"/> 貴社 <input type="checkbox"/> 貴社以外 会社名： 住所： 〒
その他、御希望事項がございましたら記入下さい	

本依頼書に必要事項をご記入いただき上記FAX番号にお送り下さい。