

# ご注文書

ご注文の工場の口欄にチェックをお願い致します。

**RTM株式会社（富士工場）**  
〒416-0946 静岡県富士市五貫島1126  
TEL：0545-62-3555  
FAX：0545-62-3550

**RTM株式会社（半田工場）**  
〒475-0806 愛知県半田市古浜町98-4  
TEL：0569-24-0277  
FAX：0569-24-0270

発送日		到着日	到着時間	希望納期
-----	--	-----	------	------

<b>発送予定便</b>
ヤマト便
佐川便
その他

ご注文者様				納入先（左記と異なる場合は記入して下さい）			
会社名				会社名			
担当者名				担当者名			
住所	〒			住所	〒		
TEL				TEL			
FAX				FAX			

*ご注文品用途	ダイカスト金型
---------	---------

\*印の箇所はプルダウンメニューよりご選択ください

品名	寸法(W×D×H) (mm)	材質	焼戻 温度 (℃)	数量	重量 (kg)	* 繰り 返し 処理	*タイマ処理名											表面 処理	* 防錆 剤 不要		
							オプション（下地処理）														
							ML	部分処理				ショット 方向 指定	マスキング無			マスキング有				その他	
								LH	I4	I5	EB		A4	A5	A6	(A4)	(A5)				(A6)
	×	×																			
	×	×																			
	×	×																			
	×	×																			
	×	×																			
	×	×																			
	×	×																			
	×	×																			

**備考欄（製品到着日・輸送手段などご記載ください）**

**【オプション処理記載方法】**  
 施工対象欄に○印をご記入ください。また部分処理をご依頼の際は下記内容をご参照ください。  
 ・A4～A6処理にてマスキング有の場合、マスキング有欄にチェックをお願い致します。  
 ・A4～A6処理にてショット方向に指定がある場合は、ショット方向欄に以下通り記載ください。  
     ① 全面：未記入、② 縦壁シボ不可：垂直、③ キャビティのみ施工：キャビ、④ その他（詳細は備考欄に記入）  
 ・上記項目にないオプション処理の際は、その他にチェックを入れて頂き、備考欄に詳細の記載をお願い致します。  
**※部分処理の施工範囲指示については、施工範囲図もしくは現物へのマーキングをお願い致します。**

※1. ご注文は基本 FAXと現物添付にてお願いいたします  
 ※2. ダイカスト金型の繰り返し処理を希望される場合はチェックを入れて下さい。  
 ※3. 弊社出荷時の製品への防錆油塗布が不要な場合はチェックを入れて下さい。  
 ※4. 表面処理、タイマPP,S,SSの場合は黒色系被膜処理が施工されます。

【ご注文品用途別施工該当目安一覧】

ダイカスト金型	タイマT、TT、P、PP、S、SS
ブラ金型・耐摩耗部品	タイマB、T
鍛造・プレス用金型	タイマT、TT
ステンレス部品	タイマB、T、P

【Option項目一覧】

ML	磨きレス全体処理
A4～A6・(A4～A6)	凹凸全体、○は部分処理
I4～I5	凹凸部分処理
LH	レーザー部分処理
その他	備考欄に記載

# ご注文書

ご依頼の工場の口欄にチェックをお願い致します。

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>RTM株式会社 (富士工場)</b> 〒416-0946 静岡県富士市五貫島1126 TEL : 0545-62-3555 FAX : 0545-62-3550
<input type="checkbox"/>	<b>RTM株式会社 (半田工場)</b> 〒475-0806 愛知県半田市古浜町98-4 TEL : 0569-24-0277 FAX : 0569-24-0270

発送日	4/13	到着日	4/14	AM	希望納期	4/20
-----	------	-----	------	----	------	------

発送予定便
ヤマト便
佐川便
その他
西濃

ご注文者様				納入先 (左記と異なる場合は記入して下さい)			
会社名	〇〇Atom(株)			会社名			
担当者名	第五金型課 佐藤			担当者名			
住所	〒888-8888 宮城県 〇〇市△△△△3-4-5			住所	〒		
TEL	000-000-0000			TEL			
FAX	000-000-0000			FAX			

\*ご依頼品用途    **ダイカスト金型**

\*印の箇所はプルダウンメニューよりご選択ください

品名	寸法(W×D×H) (mm)	材質	焼戻 温度 (℃)	数量	重量 (kg)	* 繰り 返し 処理	*タイマ処理名										* 防錆剤 不要									
							ML	部分処理				ショット 方向指定	マスキング無			マスキング有			表面 処理							
								LH	I4	I5	EB		A4	A5	A6	(A4)		(A5)		(A6)	その他					
可動入子 ○○	222 × 333 × 100	DAC	550	1	40	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	垂直					<input checked="" type="checkbox"/>	PP		
可動入子 ○○	333 × 222 × 100	DAC	550	1	30	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	P		
固定入子 ○○○○○	222 × 250 × 80	DAC	550	2	25																		<input checked="" type="checkbox"/>	PF		
固定入子 ○○○○○	200 × 250 × 80	DAC	550	4	25																		<input checked="" type="checkbox"/>	PP		
	× ×																									
	× ×																									
	× ×																									
	× ×																									

記入方法  
 ①プルダウンにない処理は、【備考参照】を選んで詳細を備考にご記入ください。  
 ②枠内にご記入ください。

**備考欄 (製品到着日・輸送手段などご記載ください)**

- 可動入子 ○○  
ショット方向指定 A4全面、A5キャビティのみ、A6マスキング範囲
- 固定入子 ○○○○○  
オプションその他 A4F

**【オプション処理記載方法】**

施工対象欄に○印をご記入ください。また部分処理をご依頼の際は下記内容をご参照ください。

- A4~A6処理にてマスキング有の場合、マスキング有欄にチェックをお願い致します。
- A4~A6処理にてショット方向に指定がある場合は、ショット方向欄に以下通り記載ください。  
 ① 全面：**未記入**、② 縦壁シボ不可：**垂直**、③ キャビティのみ施工：**キャビ**、④ **その他** (詳細は備考欄に記入)
- 上記項目にないオプション処理の際は、その他にチェックを入れて頂き、備考欄に詳細の記載をお願い致します。

**※部分処理の施工範囲指示については、施工範囲図もしくは現物へのマーキングをお願い致します。**

※1. ご注文は基本 FAXと現物添付にてお願いいたします  
 ※2. ダイカスト金型の繰り返し処理を希望される場合はチェックを入れて下さい。  
 ※3. 弊社出荷時の製品への防錆油塗布が不要な場合はチェックを入れて下さい。  
 ※4. 表面処理、タイマPP,SSSの場合は黒色系被膜処理が施工されます。

【ご依頼品用途別施工該当目安一覧】

ダイカスト金型	タイマT、TT、P、PP、S、SS
ブラ金型・耐摩耗部品	タイマB、T
鍛造・プレス用金型	タイマT、TT
ステンレス部品	タイマB、T、P

【Option項目一覧】

ML	磨きレス全体処理
A4~A6・(A4~A6)	凹凸全体、○は部分処理
I4~I5	凹凸部分処理
LH	レーザー部分処理
その他	備考欄に記載