

株式会社 島川製作所 営業部 行

FAX 072-808-3057 (TEL 072-808-3055)

酸化エチレンガス処理装置 見積依頼書

平成 年 月 日

貴社名			
貴所在地	〒		
担当部署		ご担当名	
T E L		F A X	
納入先 (USER)		納入先 所在地	

ご 計 画 内 容 に つ い て

1. 対象となる滅菌装置について、ご記入をお願いします。

滅菌装置	メーカー名 および型式 (必須)	メーカー: 型式:	年製
	仕 様	チャンバ容量	ℓ
	運転時間 および回数	時間/日、	回/日
	設置場所		

2. EO ガス処理装置の設置の条件について、ご記入をお願いします。(水封式真空ポンプの場合)

設置場所 (希望)	滅菌装置との高低差において処理装置が高くないこと ※滅菌装置のチャンバ容量 100 ℓ 以上の場合。	良・否 ()
	滅菌装置との水平距離(総配管距離)において 30M 以下で あること ※滅菌装置のチャンバ容量 100 ℓ 以上の場合。	良・否 (m)
	装置の搬入路および納入後メンテナンススペースがあること	良・否 ()
	雰囲気温度が常温 30°C 以下であること	良・否 ()
ユーティリ ティ	給水として市水でゲージ圧力 0.1 MP a 以上あること。	良・否 ()
	排水ポートからの排水がスムーズであること。 (横引配管が長く排水不良とならないこと)	良・否 ()
	電源 200V、三相 30 A	良・否 ()
	チラーユニットの屋外機設置および接続配管が可能なこと。	良・否 ()
要望事項 その他	導入予定時期	年 月