

【注意事項】

以下の各号について、ご理解いただいた上でお申し込みください。

- 本予約表は、メール/電話予約の後 **3日以内** に送付ください。期日を過ぎた場合はキャンセルさせていただく場合があります。
- お申込には「技術支援事業ご利用約款」への同意が必要です。以下 URL よりアクセスし、ご確認をお願いいたします。
<https://www.iri-tokyo.jp/site/shiken/iraishiken.html>
- 試験時や対策時に必要な機材(ケーブル、ジグ、はんだごて、シールド材など)はお客様ご自身でご用意ください。
- エミッション測定の結果は PDF データでのお持ち帰りが可能です。必要な場合は CD-R をご準備ください(USB メモリはご利用できません)。
- **お客様立ち合いで行う試験において発行する試験報告書には、試験品の概略、試験条件(予約表に記載の内容相当)、使用した機器のリストおよび校正年月日を記載いたします。試験報告書内に試験結果は含まれません。**

【申込概要】

| | | | | |
|---------|---|---|--|---------------------------------|
| ご利用確定日: | 年 月 日 ~ 月 日 (日間) | <input type="checkbox"/> 午前(10:00~12:00) / <input type="checkbox"/> 午後(13:00~16:00) | | |
| 貴社名: | | | | |
| ご担当者名: | 都産技研ご利用カード番号: | (お持ちの場合) | | |
| TEL: | E-mail: | | | |
| お支払方法: | <input type="checkbox"/> カード / <input type="checkbox"/> 銀行振込 / <input type="checkbox"/> その他 | 製品の搬入/搬出: | <input type="checkbox"/> 持込み / <input type="checkbox"/> 配送 | |
| 試験目的: | <input type="checkbox"/> 対策/比較 | <input type="checkbox"/> 事前検証 | <input type="checkbox"/> 社内データ | <input type="checkbox"/> その他() |
| 名義使用: | 試験報告書による名義使用は行えません ⇒ <input type="checkbox"/> 確認しました | | | |

【予約内容】 電波暗室試験

| 試験サイト | 試験内容 | 試験条件 | 試験規格(年号) |
|----------------|--|---|----------|
| 10 m 法電 波暗室 | <input type="checkbox"/> 放射エミッション測定 | 測定周波数: 30 ~ 1,000 MHz | () |
| | <input type="checkbox"/> 伝導エミッション測定 電源ポート | 測定周波数: <input type="checkbox"/> 150 kHz ~ 30 MHz <input type="checkbox"/> その他: | () |
| | <input type="checkbox"/> CISPR 15 用ラージループ | 測定周波数: 9 kHz ~ 30 MHz | () |
| 電波ノイズ 試験室 | <input type="checkbox"/> 放射イミュニティ試験 | 1. 試験周波数と電界レベル: <input type="checkbox"/> 80 ~ 1,000 MHz / V/m <input type="checkbox"/> 1.4 ~ 2.0 GHz / V/m <input type="checkbox"/> 2.0 ~ 2.7 GHz / V/m <input type="checkbox"/> その他: 2. 滞留時間: 秒 3. 試験面: <input type="checkbox"/> 4 面、 <input type="checkbox"/> 6 面 <input type="checkbox"/> その他 | () |
| その他のご要望、補足など: | | | |

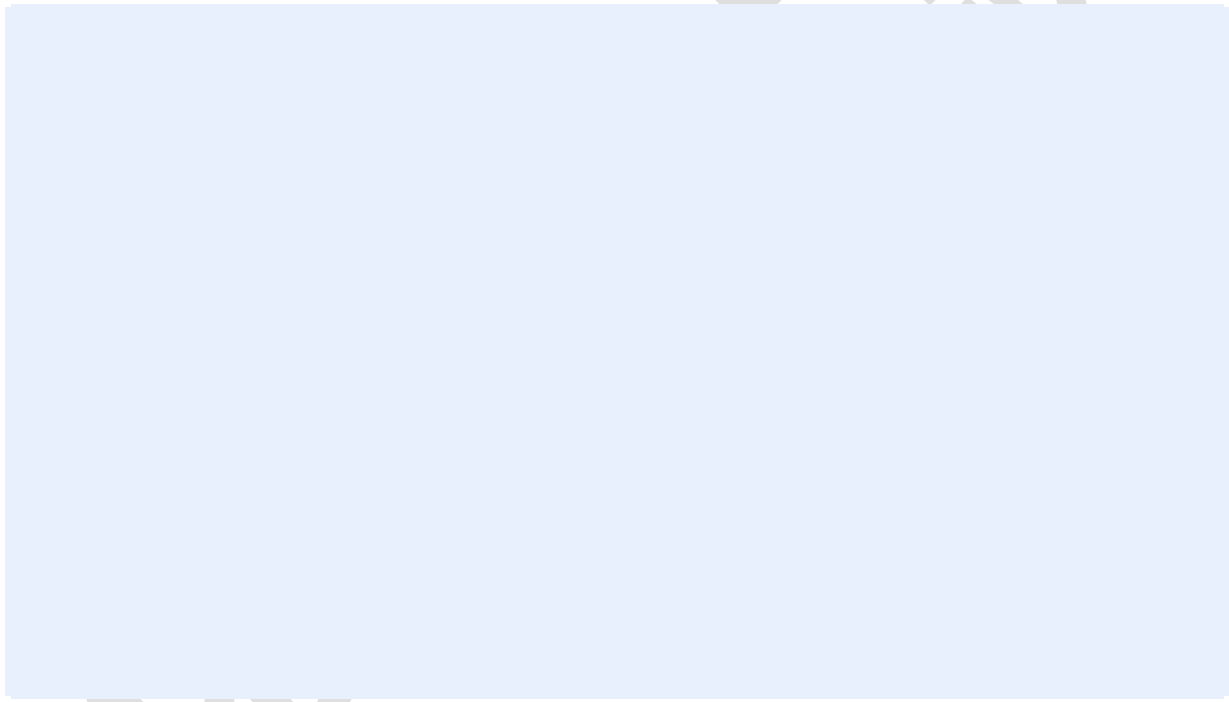
【予約内容】 シールドルーム試験

| 試験サイト | 試験内容 | 試験条件 | 試験規格(年号) |
|----------------------|--|---|----------|
| シールド ーム | <input type="checkbox"/> 雷サージ試験 | 1. 印加ポート: <input type="checkbox"/> AC / <input type="checkbox"/> DC / <input type="checkbox"/> 信号 ※1 ⇒ 試験対象ケーブル 合計 _____ 本 2. 接地線(PE, FG): <input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし 3. 印加回数(各レベル): <input type="checkbox"/> 5回 / <input type="checkbox"/> _____ 回 4. 繰り返し率: _____ 秒 5. 印加位相: <input type="checkbox"/> 4位相(0, 90, 180, 270°) <input type="checkbox"/> その他 6. 試験レベル: <input type="checkbox"/> ライン - ライン間 / _____ kV <input type="checkbox"/> ライン - 接地間 / _____ kV | () |
| | <input type="checkbox"/> 伝導イミュニティ試験 電流監視プローブの利用はできません | 1. 印加ポート: <input type="checkbox"/> AC / <input type="checkbox"/> DC / <input type="checkbox"/> 信号 ⇒ 試験対象ケーブル 合計 _____ 本 2. 試験周波数と試験レベル: <input type="checkbox"/> 150 kHz ~ 80 MHz / _____ V 3. 滞留時間: _____ 秒 | () |
| | <input type="checkbox"/> 電源周波数磁界試験 | 試験周波数と試験レベル: <input type="checkbox"/> 50 Hz / _____ A/m <input type="checkbox"/> 60 Hz / _____ A/m | () |
| 其他のご要望、補足など: | | | |

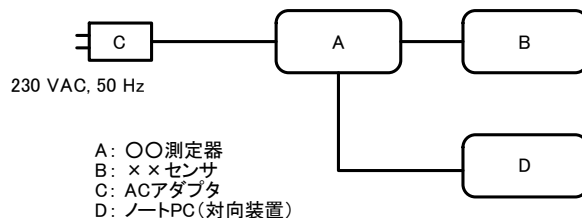
※1: 雷サージ試験において信号線への印加をご希望の場合は、対応可否について事前に確認願います。

【試験品の概要】※1, ※2

| | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|---|-----------|-------|------|
| 装置名称: | | | 型式: | | |
| 重量/寸法(概略): | [kg] | W x D x H: | x | x | [mm] |
| 使用する電源容量: | 電源系統数: | <input type="checkbox"/> 単相 AC: | [V] / | [A] / | [Hz] |
| | 計 系統 | <input type="checkbox"/> 三相 AC: | [V] / | [A] / | [Hz] |
| | | <input type="checkbox"/> DC: | [V] / | [A] | |
| 試験品の数: | [セット] | | | | |
| 動作モードの数: | [モード] | | 動作モードの名称: | | |
| 無線機器の使用: | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり → (無線機器の内容や出力:) | | | |
| 液体の使用: | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり → (確実に漏えいしないものに限りです。) | | | |
| 高周波利用設備への該当: | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり → (10 kHz 以上の高周波電流を利用して 50 W を超える高周波出力を使用する装置の場合、ご利用いただけない場合があります。) | | | |
| システム構成図(各装置の接続や電源条件などを示す図を挿入してください。) | | | | | |



記載例:



※1: 書ききれない場合はページを追加してください。不明点などがある場合は、担当員にご相談ください。

※2: 試験時に必要な供試機器の付属品やケーブル等は、お客様ご自身でご用意ください。

以上