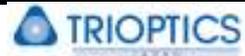


レンズ定数 測定依頼書



会社名・組織名	株式会社 XYZ	依頼日	
所属	計測課	希望納期	
氏名	鈴木 太郎	※ 立ち会い測定希望日	
E-mail	xxxxxx@yyy.zzz.co.jp	※ 立ち会い測定を希望される方は立ち会い測定希望日をご記入下さい	
TEL	03-9999-xxxx		
FAX	03-9999-xxxx		

サンプル情報

	サンプル1	サンプル2	サンプル3
サンプル名称 (レンズや各種結像系)	PP01		
個数	2		
EFL(mm)	50mm		
F No.	1.7		
鏡筒サイズ(or単レンズ外径 サイズ(測定面積)と重量			
その他留意点			

測定内容

○=必須 △=測定希望 ×=不要 ※=計測費用次第

	計測希望	計測希望	計測希望
EFL(mm)	○		
BFL(mm)	○		
FFL(mm)	○		
透過偏芯(μm)	○		
ディセンタ(μm)	○		
曲率半径(mm)	△		
中心厚(mm)	△		
軸上MTF(546nm)	×		
球面収差(EFLvs瞳径)	×		
* 屈折率(ne)	※		

その他ご依頼内容

備考

※ 試料の方位、基準面に指定がある場合は別途詳細図面をご送付ください。
* レンズの屈折率測定に関しては、被検レンズの仕様により測定精度と測定範囲が異なりますので予めご相談ください。

トライオプティクス・ジャパン株式会社
静岡県静岡市駿河区中田4-6-25
TEL: 054-203-4555 / FAX: 054-203-4556
URL: www.trioptics.jp / e-mail: info@trioptics.jp