

波面収差 測定依頼書



会社名・組織名	株式会社 XYZ	依頼日	X月XX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	X月XX日
E-mail	xxxxxx@vvy.zzz.co.jp	※ 立ち会い測定を希望される方は	
TEL	03-9999-xxxx	立ち会い測定希望日をご記入下さい	
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	顕微鏡対物レンズ		
個数	2		
出射瞳径	4.5mm		
焦点距離(EFL)	4.5mm		
バックフォーカス(BFL)	4.0mm		
サンプル厚さ	50mm		
サンプル外径	25mm		
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
透過波面形状	○		
ゼルニケ収差展開 (球面収差、コマ収差、 非点収差 など)	○ 特に非点収差		
球面収差の設計値vs測定値	○		
PSF、MTF、ストレール比	○		

その他ご依頼内容

備考

※ サンプルの方位、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。

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