

ご相談時の参考シートです。全て記入する必要はありません。記入できる箇所、必要な箇所のみご記入下さい。

年 月 日	
お客様情報	
会社名／組織名	
部署名	
ご担当者名	
メールアドレス	
電話番号	
案件の種類	
<input type="checkbox"/> 新規開発 <input type="checkbox"/> 試作開発 <input type="checkbox"/> 既存製品の改良 <input type="checkbox"/> 計測・評価装置 <input type="checkbox"/> 回路設計のみ <input type="checkbox"/> 基板設計のみ <input type="checkbox"/> ソフトウェア開発 <input type="checkbox"/> その他()	
案件概要(どのようなものを作りたいか)	
用途・使用環境	
用途	
使用環境	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 高温 <input type="checkbox"/> 低温 <input type="checkbox"/> 振動あり <input type="checkbox"/> その他()
希望スケジュール	
開始希望時期	
試作完成希望	
量産予定時期(あれば)	
数量・段階	
試作数量	
量産予定(あれば)	

電氣的仕様	
電源(電圧・電流)	
入力信号	
出力信号	
消費電力	
その他	
機械的条件	
外形サイズ制限	
重量制限	
取付方法	
コネクタ条件	
制御・ソフトウェア要件	
機能	<input type="checkbox"/> マイコン制御あり <input type="checkbox"/> PC 接続あり <input type="checkbox"/> 通信機能あり <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> UART <input type="checkbox"/> I2C <input type="checkbox"/> SPI <input type="checkbox"/> Ethernet <input type="checkbox"/> 無線
詳細	
規格・安全要件	
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> FCC <input type="checkbox"/> RoHS <input type="checkbox"/> 医療機器関連 <input type="checkbox"/> その他()	
予算感	
<input type="checkbox"/> ~50 万円 <input type="checkbox"/> 50~100 万円 <input type="checkbox"/> 100~300 万円 <input type="checkbox"/> 300 万円以上 <input type="checkbox"/> 未定	
参考資料	
<input type="checkbox"/> 仕様書あり <input type="checkbox"/> 回路図あり <input type="checkbox"/> 基板データあり <input type="checkbox"/> 写真あり <input type="checkbox"/> 現物あり	
特記事項・ご要望	