

細胞・菌株専用注文書

DSファーマバイオメディカル(株) FAX:06-6325-6058 TEL:06-6990-8051

ご注文者様記入欄		代理店様記入欄	
下記の必要事項をご記入の上、弊社代理店経由でご注文ください。		下記必要事項をご記入の上、弊社までFAXにて送付願います。	
お申込日:	平成 年 月 日	御社名(代理店様名):	
ご施設名:			
ご所属:			
ご芳名:		電話番号:	
お電話番号:		FAX番号:	
ご住所:	〒	ご担当者名:	
		注文番号	
		<特記事項>	
上記以外の細胞送付先:	細胞の送付先が上記と異なる場合は、以下に施設名、受取人、住所、電話番号等をご記入下さい。 細胞の取り扱いには専門的知識が必要ですので、ご使用いただく研究従事者の方に直送させていただきます。		

～ご注文内容～ カタログ番号が「EC-」から始まる製品以外で、培養サービス(有料)をご希望の場合は、備考欄に「培養状態希望」とご記入ください。料金等の詳細は、弊社までお問い合わせください。

カタログ番号	細胞・菌株名	カタログ番号が「EC-」から始まる製品の場合、下記形態にチェックを入れて下さい。				数量	備考
		細胞(凍結状態)	細胞(培養状態)	Genomic DNA	RNA		

<上記細胞と共に培地等のご注文がある場合はご記入ください>

カタログ番号	品名	容量	数量	備考

弊社取扱いの細胞は、研究用として販売しております。商業利用等の研究目的以外での使用はできませんのでご注意ください。

ACEL-3/1706

ご記入いただきましたお客様情報は、ご質問などへの回答およびダイレクトメールなどによる各種関連製品情報の提供、市場調査などに使用させていただきます。

弊社の個人情報保護に関しましてはhttp://www.dspbio.co.jp/privacy_policy/privacy_policy.htmlにてご確認ください。