

調製液の受託製造サービス ～ ご相談・お見積もり依頼フォーム ～

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご所属			
部署名			
お名前			
ご連絡先	TEL _____ FAX _____	E-mail _____	
調製液名	例: 1 M Tris-HCl (pH 8.3)		
組成・ その他仕様	例: 1 mol/L Tris-HCl, pH 8.3±0.1 (25°C)、0.22μm フィルターろ過	容量	例: 500 mL
		本数	例: 10本
		容器	ご指定のない場合は当社で設定いたします。 <input type="checkbox"/> プラスチック容器 <input type="checkbox"/> ガラス瓶 <input type="checkbox"/> その他 _____
		滅菌処理	ご指定のない場合は当社で設定いたします。 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> フィルター滅菌 <input type="checkbox"/> オートクレーブ滅菌 <input type="checkbox"/> その他 _____
調製方法	別添資料、調製法指示等の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____		
	試薬原料指定の有無 例: 試薬特級 (ご指定のない場合は当社で設定いたします) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____		
	品質試験項目 例: DNase試験、RNase試験、pH値試験、電気泳動試験 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 _____		
継続性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____ 回/年		
自由記入欄	その他、ご要望やご相談事項などご記入ください。		

▶ 価格、納期などをお見積もりいたします。下記販売店の営業担当者にお渡し下さい。

製造元 **株式会社ニッポンジーン**

〒930-0834 富山市問屋町二丁目7番18号
TEL: 076-451-6548 FAX: 076-451-6547
URL: <http://www.nippongene.com>

販売元 **富士フイルム 和光純薬株式会社**

本 社 〒540-8605 大阪市中央区道修町三丁目1番2号 TEL: 06-6203-3741 (代表)
東京本店 〒103-0023 東京都中央区日本橋本町二丁目4番1号 TEL: 03-3270-8571 (代表)
 フリーダイヤル 0120-052-099 フリーファックス 0120-052-806