PolyPlus-transfection社
無料サンプル品　お申し込み用紙

必要事項をご記入の上，ご利用の**販売店担当者様**へお渡し下さい。　　**記入日：　　年　　月　　日**

個人情報の取り扱いに関して　☐ 下記内容に同意して記入する

ご記入いただきましたお客様の個人情報は，当社個人情報保護方針に基づき適切に取り扱い，次のような目的に利用いたします。
(1)ご記入内容等の確認のため　(2)当社へのお問い合わせや資料等のご請求への対応
(3)当社が取扱う商品・サービスの変更案内やサポート情報の提供　(4)ご注文いただいた製品をお客様に直接お送りするため
個人情報に関するお問い合わせおよび開示・訂正・削除のお申込み先
フナコシ株式会社 総務部 個人情報相談窓口　TEL. 03-5684-1611　FAX 03-5684-1614　e-mail：privacy@funakoshi.co.jp

サンプル到着後3 か月以内にサンプル同梱のアンケート用紙にご記入いただき，
当社テクニカルサポート（試薬担当）へFAX またはメールにてお送り下さい。

☐ フィードバックに同意して，サンプルを申し込む

ご希望のサンプルにチェックを入れて下さい。　※1研究室につき3種類（各1点）までお申込みいただけます。

☐ **jetOPTIMUS**（容量：0.1 ml） 商品コード：117-01	☐ **jetPRIME**（容量：0.1 ml） 商品コード：114-01	☐ **INTERFERin**（容量：0.1 ml） 商品コード：409-01F

お名前　（フリガナ）	
ご勤務先	ご所属部署
ご勤務先住所　〒	
TEL.	FAX
e-mail	
研究室教授・室長のお名前　（フリガナ）	
e-mail	

導入物質　：　☐ Plasmid DNA　☐ siRNA　☐ その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿

使用細胞　：　☐ 株化細胞　細胞株名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

☐ 初代細胞　由来組織名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　細胞名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

現在使用中の他社試薬　：　☐ なし　☐ あり　製品名：＿＿＿＿＿＿＿＿　メーカー：＿＿＿＿＿＿＿＿

販売店ご担当者様へ
このお申し込み用紙は，，フナコシ（株）テクニカルサポート 試薬担当（FAX：03-5684-1775）へお送り下さい。

■販売店記入欄

社名（支店名までご記入下さい）		担当者名
TEL.	FAX	e-mail

販売店

日本総代理店
フナコシ株式会社
〒113-0033 東京都文京区本郷2丁目9番7号
http://www.funakoshi.co.jp/　e-mail：info@funakoshi.co.jp
試薬に関して：TEL 03-5684-1620　FAX 03-5684-1775
e-mail：reagent@funakoshi.co.jp

2019.1