積水メディカル株式会社　薬物動態研究用製品
専用注文書

※ 必要事項をご記入の上，ご利用の販売店担当者にお渡しください。

**送付先　：　Fax 03 – 5684 – 6539　　　　　e-mail：****jutaku@funakoshi.co.jp**

|  |
| --- |
| 本専用注文書は当社に保管し，下記以外の目的には一切利用いたしません。ただし，法令等に基づき 官公庁・公的機関への報告を要請された場合，あるいは人の生命・身体又は財産の保護のために必要であって緊急の場合には，当社の責任において適切な情報提供を行うことがございます。また，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のため(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のため(4) ご注文いただいた製品を販売店を通してまたはお客様に直接お送りするため※ご記入いただいた内容の確認等のため，当社担当者よりご連絡もしくは訪問させていただく場合があります。 |

* 製品の性質上、製品自体の不備による理由を除き、返品・交換のご依頼を承ることはできません。予めご了承ください。
* ヒト凍結肝細胞初回ご購入時には，別途　倫理合意書をご提出いただいております。
詳しくは下記　受託・特注品業務担当までお問合せください。

[ ] **上記の内容を確認の上，注文します。**

**↑**

**確認の上、チェック（✓）してください。**

**ご注文製品** 【メーカー： SXT】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **メーカーコード****（商品コード）** | **商品名** | **数量** | **備考****（ご希望ロット等）** | 販売店記入欄（ご注文番号等） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

4点以上を同時にご注文の場合は，行を追加して記入してください。

|  |
| --- |
| **ご依頼者**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご依頼日：　　　　　　　年　　　月　　　日お名前（フリガナ）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　）勤務先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属部署：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　勤務先所在地：〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL： FAX： e-mail：  |
| **販売店**(ご利用販売店名を必ずご記入ください)社名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名：　　　　　　　　　　　　　所在地：〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL： FAX： e-mail：  |
| **備考** |

**《 お問合せ先・本専用注文書お送り先 》**

**フナコシ株式会社　受託・特注品業務担当**

**〒113-0033 東京都文京区本郷２－９－７**

**Tel. 03-5684-1645　 Fax 03-5684-6539**

**e-mail：jutaku@funakoshi.co.jp**