

アルファベット

alphaVET™シリーズFAX御注文票

FAX番号:076-443-9121

コピーしてお使いください

弊社受付番号

太枠に楷書でご記入ください。

注文年月日	20	年	月	日	
御所社名 支店名					
御担当者名					様
〒	—				
御住所					
電話番号	—	—	FAX番号	—	—
納品先(上記御担当者と異なる場合にご記入ください。)					
〒	—				
電話番号	—	—	FAX番号	—	—
御注文数	ご希望の製品に <input checked="" type="checkbox"/> 印をお願いします。				
【A】					
<input type="checkbox"/> 品番A001	CoCoMo™-BLV DNA Pure SPIN			キット	
<input type="checkbox"/> 品番A803	CoCoMo™-BLV Primer/Probe			キット	
<input type="checkbox"/> 品番A804	BLV PlasmidDNA/DilutionSolution			キット	
<input type="checkbox"/> 品番A805	BLV PositiveControl/NegativeControl			キット	
【C】					
<input type="checkbox"/> 品番C001	ウシマイコプラズマ・ポビス Ab ELISA -RUO-			キット	
【D】					
<input type="checkbox"/> 品番D001	ウシA1A2ジェノタイピング qPCR Kit -RUO-			キット	
通信欄 (エンドユーザー名)					
通信欄 (御社注番、その他注意事項など)					

弊社ではFAXを受け取りましたら下記の内容に記入後、FAXにて本用紙を返信いたします。
万一、**1週間以内**に返信がない場合はお手数ですが下記にお問い合わせください。

弊社返信用

上記の御注文を 20 年 月 日 に確かに承りました。

出荷予定日: 20 年 月 日

納入予定日: 20 年 月 日

※納入予定日は到着日の目安です。天候等の影響で到着が遅れる場合がありますので、予めご了承下さい。

お問い合わせ
株式会社ニッポンジーン
診断試薬部 動物用研究用試薬販売窓口担当
TEL : 076-442-3611 (受付時間: 平日9:00-12:00、13:00-17:00)
FAX : 076-443-9121

販売窓口
確認欄