

InSight Biopharmaceuticals 社製品 ご使用者確認書

* 必要事項をご記入の上、販売店担当者にお渡し下さい。

■英語(ブロック体)ではっきりとご記入下さい 記入日 - Date(Day/Month/Year) : ____/____/____

1. お客様情報 - Customer (company name and address):

Name : _____ Title : _____

Company / Organization Name : _____

Address, Zip : _____

2. ご購入商品 : Items requested

商品コード-Cat. No.	品名 - Product Name	数量- Quantity

営利団体・企業(Industry)にご所属のお客様は以下の項目も英語でご記入・ご署名下さい。
Notification of Industrial Customer Request for HepaOne®/HepActiv™ purchasing

3. ご購入商品のご使用方法 (任意) - General description of usage of reagents (not obligatory):

4. この商品は研究目的にのみご購入いただけます。この制約にご同意いただける場合には、以下にサインして下さい。
 - Confirmation of Research Use Only
 Customer hereby acknowledges by signature that the reagents will be used for research use only and not in diagnostic procedures, not in humans and not for commercial purposes.

フナコシ使用欄 - Funakoshi authenticity confirmation

■日本語でご記入下さい

お名前(フリガナ)	_____
勤務先 ご所属部署名	_____
所在地	(〒 -) Tel : _____ E-mail _____

※ 販売店の方へ :

本確認書を通常の注文書と併せて弊社 受託・特注品業務担当 (Fax : 03-5684-6539) へお送り下さい。

販売店記入欄

社名: _____ 担当者名: _____

Tel: _____ Fax: _____ E-mail: _____