

個人情報の取り扱いについて

注文書・確認書・確約書等に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。利用目的を変更する必要がある場合は、変更前の利用目的と相当の関連性を有すると合理的に認められる範囲内で変更し、変更後の利用目的を本ページに告知いたします。

- (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

ご記入いただいた内容等の確認のため、または製品仕様等が変更された場合、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。

上記に同意して記入する。 上記に同意しない。



テクニカルサポート・受託特注品担当にお問い合わせください。

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

Applied Viromics 社
アデノ随伴ウイルス (AAV) 作製受託サービス依頼書



- ※ 必要事項をご記入の上、当社受託・特注品業務担当 (Fax: 03-5684-6539) へお送り下さい。
- ※ 本依頼書は1種類につき1枚の用紙にご記入下さい。
- ※ 本受託サービスによる AAV ベクターの使用は基礎研究目的に限ります。商業目的等に利用される場合、お客様自身でライセンス契約を締結していただく必要があります。

お客様記入欄

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: _____	
ご依頼内容	
1. ウイルスベクター量	
<input type="checkbox"/> Small-scale (血清型 2 のみ) (>2x10 ¹¹ VG) <input type="checkbox"/> Mid-scale (>2x10 ¹² VG) <input type="checkbox"/> Large-scale (>1x10 ¹³ VG)	
※VG=Virus Genome	
2. ウイルス血清型	
<input type="checkbox"/> 血清型 1 <input type="checkbox"/> 血清型 2 <input type="checkbox"/> 血清型 3 <input type="checkbox"/> 血清型 4 <input type="checkbox"/> 血清型 5 <input type="checkbox"/> 血清型 6	
3. シャトルプラスミド	
<input type="checkbox"/> pAAV-CMV-shuttle <input type="checkbox"/> pAAV-siRNA <input type="checkbox"/> pAAV-DS-CMV-shuttle <input type="checkbox"/> pAAV-DS-siRNA	
<input type="checkbox"/> pAAV-CAG-shuttle-WPRE <input type="checkbox"/> pAAV-CMV-T0-shuttle <input type="checkbox"/> pAAV-CMV-gateway <input type="checkbox"/> pAAV-CMV-DS-gateway	
<input type="checkbox"/> お客様がご用意*	
4. シャトルプラスミドへの目的遺伝子挿入委託の有無	
<input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> お客様が実施*	
* シャトルプラスミドへの目的遺伝子挿入をお客様が実施される場合、シャトルプラスミドご購入後、シャトルプラスミドの代金を差し引いたウイルスベクター作製受託見積り額を提示いたします。ただし、シャトルプラスミドご購入後、3ヶ月以内に受託サービスをご依頼頂いた場合に限りです。	
5. 挿入遺伝子情報 (ベクター構築をご委託の場合)	
動物種 _____	遺伝子名 _____
Accession No _____	領域 _____
* シャトルプラスミドのご用意もしくは目的遺伝子の挿入をお客様が行われる場合、Applied Viromics 社までシャトルプラスミドを送付する送料が別途必要になります。	

販売店記入欄

社名: _____	担当者名: _____
TEL: _____	FAX: _____
e-mail: _____	ご注文番号: _____

弊社使用欄

--