

【アイソトープ注文書】

(研究用非密封放射性試薬用)

送信年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

注文書送付枚数: _____ 枚目 / _____ 枚

送信先: 公益社団法人日本アイソトープ協会

FAX: 0120-012895 (注文専用フリーダイヤル)

TEL: 03-5395-8033 / FAX: 03-5395-8055

下記の通りアイソトープを注文いたします。

注文内容	核種:	製品コード:	メーカー名: (国内代理店又は海外製造元)
	製品名:		
	規格放射能量: (数量記入、単位に○を付けてください) (kBq, MBq, GBq)		
	本数:	納品希望月日:	(製品詳細、納品予定日等はJ-RAMをご参照ください)
※ 受注生産品、液量調整品の場合のみ下記に製品詳細をご記入ください。			
溶媒:		液量:	放射能濃度:
容器容量、形状:		その他:	

RI許可	使用許可(承認)番号:	放射線取扱主任者氏名:	(印)
	使用目的: 研究用途(障害防止法)	「上記RIの注文を確認し、受け入れを承認いたしました」	

名称等が上位項目と同じ場合は「同上」とご記入ください。該当する項目の□にチェック☑を入れてください。

	事業所名称	所属	
使用者 (代表者)			フリガナ 氏名:
			TEL:
現品 送付先			
	住所: 〒		TEL:
請求書 送付先			
	住所: 〒		TEL:
支払 責任者			氏名:
			(印)
連絡 担当者			氏名:
	TEL:	メールアドレス(任意):	
その他	貴事業所注文番号:	(納品書・請求書への記載: <input type="checkbox"/> 要(半角10ケタまで) ・ <input type="checkbox"/> 不要)	
	電話注文: <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (協会担当者名: _____)	事前問合せ: <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 在庫 ・ <input type="checkbox"/> 納期 ・ <input type="checkbox"/> その他)	
	備考 / 連絡事項:		
	FAX返信: <input type="checkbox"/> 不要 ・ <input type="checkbox"/> 要: 返信先FAX: _____	_____	_____

●アイソトープ協会使用欄●

受発注番号:	確認1:	2:	3:	備考:
--------	------	----	----	-----