

【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: _____

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、単位を選択してください) (単位を選択)		
	本数:	納品希望月日:	諸事情によりご希望納期に沿えない場合があります。
	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。該当する項目の口にチェック☑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:
			現品送付先と請求書送付先が異なる場合、支払責任者は該当する方に☑を入れ()に理由をご記入ください。 例: 共同研究のため
連絡 担当者			氏名:
			TEL:
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:
--------	------	----	----	-----