

【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: 2017年 4月 3日

注文書送付枚数: 1 枚目 / 2 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:	P-32	製品コード:	NEG503H	メーカー名:	パーキンエルマー (国内代理店又は海外製造元)
	製品名:	Adenosine 5'-triphosphate, [α -32P]-				
	規格放射能量: (数量記入、単位に○を付けてください)	9.25		(kBq, <u>MBq</u> , GBq)		
	本数:	1	納品希望月日:	4月11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:		必ず押印をお願いいたします。	
RI許可	使用許可(承認)番号:	使第 9999 号		放射線取扱主任者氏名:	駒込 太郎 	
	使用目的: 研究用途(障害防)	名称等が上位項目と同じ			受け入れを承認いたしました	
大学の場合は研究の代表者(責任者)、 企業等の場合は使用者の氏名を記載してください。 ※ご使用者様の印は不要になりました。 チェック☑を入れてください。						
使用者 (代表者)	事業所名称		フリガナ		アイソ ヒロシ	
	日本アイソトープ大学		理工学部 生命工学専攻		氏名: 相磯 博士	
					TEL: 03-5395-8033	
現品 送付先	同上		理工学部 RI管理施設		TEL: 03-5395-8032	
	住所: 〒113-8941 東京都 文京区 本駒込 2-28-45					
請求書 送付先	同上		理工学部 調達部門		必ず押印をお願いいたします。	
	住所: 〒 同上				TEL: 03-5395-8022	
支払 責任者	同上		同上		氏名: 藤付 君子 	
連絡 担当者	同上		理工学部 RI管理施設		氏名: 協会 花子	
	TEL: 03-5395-8032		メールアドレス(任意): kyokai-hanako@riias.ac.jp			
その他	貴事業所注文番号: 20170307-1		(納品書・請求書への記載: <input checked="" type="checkbox"/> 要(半角10ケタまで) ・ <input type="checkbox"/> 不要)			
	電話注文: <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(協会担当者名:)		事前問合せ: <input checked="" 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:		請求書への記載をご希望の場合は半角10ケタまででご指定ください。			
	FAX返信: <input type="checkbox"/> 不要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 要: 返信先FAX: 03 - 5395 - 8055					

●アイソトープ 支払や予算管理の責任者(研究の代表者や部門長、調達部門の担当者など)のご記名・押印をお願いいたします。

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

【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: 2017年 4月 3日

注文書送付枚数: 2 枚目 / 2 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)

納期がJ-RAM未掲載の品目は
ご希望の納品時期をお知らせください。

AX: 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:	Cs-137	製品コード:	6137	メーカー名:	第一クラリティ (国内代理店又は海外製造元)
	製品名:	Cesium-137 Nominal Solution				
	規格放射能量: (数量記入、単位に○を付けてください)	3.7		(kBq, <u>MBq</u> , GBq)		
	本数:	1本	納品希望月日:	5月中旬希望 (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:	0.1M HCl	液量:	10 mL	放射能濃度:	370 kBq/mL
	容器容量、形状:	10 mL V-vial		その他:		

RI許可	使用許可(承認)番号:	使第 9999 号	放射線取扱主任者氏名:	駒込 太郎
	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^①にチェック☑を入れてください。

使用者 (代表者)	事業所名称	日本アイソトープ大学	所属	理工学部 生命工学専攻	フリガナ 氏名:	アイソ 相磯 ヒロシ 博士
現品 送付先	住所: 〒113-8941	同上	住所:	東京都 文京区 本駒込 2-28-45	TEL:	03-5395-8032
請求書 送付先	住所: 〒	同上	TEL:	03-5395-8022	2枚目以降も1枚ごとに記入・ 押印をお願いいたします。	
支払 責任者	住所: 〒	同上	TEL:	03-5395-8022	氏名:	藤付 君子
連絡 担当者	住所: 〒	同上	TEL:	03-5395-8032	氏名:	協会 花子
その他	TEL: 03-5395-8032		メールアドレス(任意): kyokai-hanako@jrias.ac.jp			
貴事業所注文番号: 20170307-2 (納品書・請求書への記載: <input checked="" type="checkbox"/> 要(半角10ケタまで)・ <input type="checkbox"/> 不要) 電話注文: <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(協会担当者名:) 事前問合せ: <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(在庫・納期・その他) 備考/連絡事項: 見積書番号XXXXX FAX返信: <input type="checkbox"/> 不要・ <input checked="" type="checkbox"/> 要: 返信先FAX: 03 - 5395 - 8055						

●アイソトープ協会使用欄●

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