

【研究用放射性医薬品注文書】

送信年月日:

☑ RI規制法上の研究用途で使用することを条件にアイソトープを注文いたします

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 医薬品部 医薬品・試薬課

Mail: iyakuorder@jrias.or.jp, FAX: 0120-012-896 (注文専用フリーダイヤル)

TEL: 03-5395-8034 / FAX: 03-5395-8056

貴事業所注文番号(任意、英数字で最大半角11桁): ※納品書・請求書に記載する貴所での管理番号です	
協会からの注文書受領の連絡先: (FAX番号もしくはメールアドレス)	

製品	核種:		メーカー名:		
	製品名:				
	規格放射能量: (Bq単位でk, M等補助単位も記入ください)		Bq	本数:	
	検定・納品 希望年月日:				

締切後のキャンセルはお受けできませんので、ご変更やキャンセルは締切前にご連絡ください

使用者 (代表者)	事業所名称:		所属:	
	記名押印	(印)		
	納期遅延等の緊急時の連絡先 メールアドレスもしくは電話番号:			

現品 送付先	現品送付先 名称:		氏名: (省略可)	
	郵便番号 住所:			
	許可番号:	放射線取扱主任者記名押印: 譲受けに関する許可上の問題はありますか	(印)	

安全管理の徹底の為、放射性医薬品の販売時、販売先の許可証に記載された核種及び貯蔵能力の範囲内であることを確認しております
許可内容を変更された場合は、許可証の写しをご送付ください

請求書 送付先	事業所名称:			
	郵便番号 住所:			
	所属:		氏名: (省略可)	
	ご入金内容の確認等の連絡先: (メールアドレスもしくは電話番号)			
	※確認事項	現品送付先の法人と代金を支払う法人が異なる場合には、RI規制法上の販売業・賃貸業に該当しないことを確認します		

いずれかにチェック

共同研究のため、RI規制法上の販売・賃貸に該当しません	チェック欄	<input type="checkbox"/>
所有権を放棄するため、RI規制法上の販売・賃貸に該当しません	チェック欄	<input type="checkbox"/>

逸失利益等の間接損害について、それらの予見または予見可能性の有無にかかわらず一切の責任を負いません
但し、当協会の責めに帰ることが明らかな場合には、製品代金を上限として損害を賠償いたします

上記以外の連絡事項: (請求書宛名の指定等)	
---------------------------	--

●日本アイソトープ協会使用欄●