

電子顕微鏡サービス見積依頼書・解析依頼書

枠内にご記入いただき FAX あるいはメール添付でのご送付をお願いします。

FAX 番号 : 0428-74-4505 E-Mail : info@hslabo.co.jp

連絡日	西暦 年 月 日		
所属施設			所属部署
氏名			メールアドレス @
住所			
連絡先	TEL		FAX 番号 :
代理店 (ご利用の場合)			ご担当者名
	TEL		メールアドレス @

試料名			数量				
解析目的							
情報	(構造・組成・由来など)						
注意事項	感染性 冷所保存 その他(揮発性 破損注意	燃焼性 要遮光	酸化性 吐息注意	吸湿性 触手注意	毒物	暗所保存
廃棄方法							
解析目的 できるだけ具体的に							
解析方法			関連資料				
試料返却			出張作業				
撮影倍率	倍		立会観察希望日				
備考							

送付方法	検体送付予定日西暦 年 月 日	送付便 :	郵パック	宅配便
希望納期	西暦 年 月 日	または () 週間後		
請求書の書式	弊社通常の書式		依頼者の専用書式	
支払方法	銀行振込 代理店経由 ※上記にて「銀行振込」を選択された方は下記についてお答えください。 請求・支払い方法 : () 日締め 当月 翌月 翌々月 () 日払 即振込み			

■この書状でご開示いただきました個人情報及び試料情報は、本業務遂行以外の目的に使用いたしません。