

ヒトマッピングパネル解析依頼書

System Biotics

お客様情報

(フリガナ) ご氏名			e-mail		
大学・企業名			ご所属		
ご住所	〒				
電話番号			FAX番号		
ご希望代理店	支店・営業所名		代理店ご担当者名		

ご依頼日		サンプル送付日	
------	--	---------	--

サンプル情報

サンプル数	DNA抽出	<input type="checkbox"/> 希望する	サンプル形状:	<input type="checkbox"/> 希望しない
-------	-------	-------------------------------	---------	--------------------------------

送付タイプ	<input type="checkbox"/> チューブ	<input type="checkbox"/> 96穴プレート
-------	-------------------------------	----------------------------------

* サンプル名は、半角英数字でご記入下さい。また、/<>!"\$%&'の記号は使用できません。

* サンプル数が30を超える、送付タイプで96穴プレートをチェックした場合は、別シートにご記入下さい。

チューブNo.	サンプル名	濃度(ng/μl)	容量(μl)	チューブNo.	サンプル名	濃度(ng/μl)	容量(μl)
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

備考

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

株式会社 システムバイオティックス

〒252-0203 相模原市中央区東淵野辺1-13-1-504

TEL:042-786-0340 FAX:042-786-0341 E-mail: jyutaku@systembiotics.com

