

【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) (MBq)		
	本数:	納品希望月日:	(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:	
RI許可	使用許可(承認)番号:	使第1294号	放射線取扱主任者氏名: 北村 昌也 (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□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)	大阪公立大学	学研究科 研究室	フリガナ 氏名: TEL:
現品 送付先	同上	大阪公立大学 理学研究科支援室(E棟 1階 E104)	住所: 〒 558-8585 大阪市住吉区杉本3-3-138 TEL: 06-6605-2500
請求書 送付先	同上	大阪公立大学	住所: 〒 同上 TEL:
支払 責任者	同上		氏名: (印)
連絡 担当者	同上	RI管理室	氏名: 水原 尚子 TEL: 06-6605-3154 メールアドレス(任意): gr-sci-ri@omu.ac.jp
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:
--------	------	----	----	-----