コピーしてご利用ください

SIGMA Life Science

FAX番号 0133-75-7322　受注専用フリーダイヤル 0120-730-850

注文書枚数　1／

Oligo@SIGMA PCR ご注文書（1枚目）

ご注文オリゴ：**合計** 　　**本**（14mer以下の御注文は14merとして料金計算されます）　ご注文日　　年　　月　　日

●ご依頼者（会員ID：　　）　お客様用管理番号（必要に応じて）

ご氏名：　　様　　TEL：

ご所属：

□住所登録済み　□今回のみ下記住所に送付　□下記住所に登録変更

ご住所：〒

TEL：　　FAX：

●代理店送付希望（ご記入がない場合はご依頼者に直送します）　□希望する

●土曜・日曜・祝日の製品お受取につきまして　□土曜日受取可　□日曜・祝日受取可

●下記に塩基配列をご記入ください（サンプル名は英数字20文字以内でご記入ください）

【ACTは大文字　gは小文字でご記入ください。】

スケール 0.02μmol　精製 □脱塩 □カートリッジ　濃度 □50μM □100μM □乾燥　□以下同じ

①サンプル名

5' 3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45

塩基数　　mer：必ずご記入ください

スケール 0.02μmol　精製 □脱塩 □カートリッジ　濃度 □50μM □100μM □乾燥

②サンプル名

5' 3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45

塩基数　　mer：必ずご記入ください

スケール 0.02μmol　精製 □脱塩 □カートリッジ　濃度 □50μM □100μM □乾燥

③サンプル名

5' 3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45

塩基数　　mer：必ずご記入ください

スケール 0.02μmol　精製 □脱塩 □カートリッジ　濃度 □50μM □100μM □乾燥

④サンプル名

5' 3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45

塩基数　　mer：必ずご記入ください

CR-OLIG-0060.1

５本以上ご注文の場合は、２枚目以降用のご注文書に５本目以降をご記入ください

コピーしてご利用ください

SIGMA Life Science

FAX番号 0133-75-7322　受注専用フリーダイヤル 0120-730-850

注文書枚数 ＿＿／＿＿

５本以上ご注文の場合はこの用紙に５本目以降をご記入ください

Oligo@SIGMA PCR ご注文書（2枚目以降用）

ご依頼者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 様　　会員ID ＿＿＿＿＿＿＿＿

●下記に塩基配列をご記入ください（サンプル名は英数字20文字以内でご記入ください）

【ACTは大文字　gは小文字でご記入ください。】

スケール 0.02μmol　精製 □脱塩 □カートリッジ　濃度 □50μM □100μM □乾燥

サンプル名

5' 3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45

塩基数 ＿＿ mer：必ずご記入ください

スケール 0.02μmol　精製 □脱塩 □カートリッジ　濃度 □50μM □100μM □乾燥

サンプル名

5' 3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45

塩基数 ＿＿ mer：必ずご記入ください

スケール 0.02μmol　精製 □脱塩 □カートリッジ　濃度 □50μM □100μM □乾燥

サンプル名

5' 3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45

塩基数 ＿＿ mer：必ずご記入ください

スケール 0.02μmol　精製 □脱塩 □カートリッジ　濃度 □50μM □100μM □乾燥

サンプル名

5' 3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45

塩基数 ＿＿ mer：必ずご記入ください

スケール 0.02μmol　精製 □脱塩 □カートリッジ　濃度 □50μM □100μM □乾燥

サンプル名

5' 3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45

塩基数 ＿＿ mer：必ずご記入ください