

(様式 YAKUBUTSU1)

平成 年 月 日
〒140-0002 東京都品川区東品川2丁目2番24号
天王洲セントラルタワー 4階
TEL 03-5796-7320/FAX 03-5796-7325
シグマ アルドリッチ ジャパン株式会社

お問い合わせ賜りました()は指定薬物(薬事法:第2条第14項)該当製品の為、ご使用者様及び用途の確認を取らせて頂いております。下記に漏れなくご記入いただき、ご注文の際にご返送いただけますようお願い致します。また、必要に応じて保管場所を含む試験施設の図面を提出いただく場合がございます。尚、全項目に御記入がない場合、試験研究以外にご使用になられる場合、又は使用目的が合成用途以外の場合はご注文をお断りさせていただく場合がございますのでご了承下さい。

シグマ アルドリッチ ジャパン株式会社 行

製 品	製品名			
	カタログ番号			
	包装単位		数 量	
ふりがな				
御使用者の氏名				
勤務先名				
	(所属:		職位:)
ふりがな				
勤務先住所	〒 —			
電話/ファックス番号	電話:	()	ファックス:	()
使用目的	(できるだけ詳細にご記入ください。合成用途の場合、最終合成物質もご記載願います。)			
	人の身体には使用いたしません。			
保管場所	施設名:			
	施設住所:			
	保管方法:	施錠可能な金庫等で厳重に保管する。		
	電話:	()		

購入する製品は必要最低限の量の入手にとどめるとともに、部外者による盗難や研究員、作業員等による不正な持ち出し等が行われないよう適切な管理をし、また、廃棄を行う際には、廃棄物を盗取されないよう適切な方法をもって廃棄いたします。

ご署名

氏名 : _____ 印 _____ 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

取扱い販売店名	
---------	--

※ご提供いただいたお客様情報は、個人情報保護法に基づき、必要な処置を講ずるとともに取得の際に明示した利用目的の範囲内で利用し、法令に定める場合を除き目的外には利用いたしません。