

検査試薬発注書

年 月

※太枠内のみご記入ください

枚目

会社名	フリガナ	営業担当
	部署名	ご担当者名 様
住所	〒	
	TEL	FAX
	E-mail	
送付先	会社名: 住所: 〒 TEL ご担当者名:	様 (送付先が貴社と異なる場合にご記入下さい)
<input type="checkbox"/> 検査業務規約に同意します。 <small>※同意欄のチェックがない場合、スムーズなお受付ができない場合がございます。</small>		検査業務規約: http://www.visionbio.com/order/download.html

試薬種別	発注数	MSDS 添付	Lot-No 使用期限	
			Lot-No	使用期限
コシヒカリ鑑定団®(DNA実験キット)		<input type="checkbox"/> 必要	Lot-No	
			使用期限	
コシヒカリ鑑定団®(DNA実験キット) DNA鑑定能力検定【初級】パック 12名用		<input type="checkbox"/> 必要	Lot-No	
			使用期限	
コシヒカリ鑑定団®(DNA実験キット) DNA鑑定能力検定【初級】パック 24名用		<input type="checkbox"/> 必要	Lot-No	
			使用期限	

(備考) ※納品日のご希望や、その他ご指定条件等がございましたら、ご記入ください。

- ※ 受付日より概ね一週間後の発送日を予定しております。
- ※ 納品予定日は宅配業者の配達状況により若干変動する可能性があります。
- ※ 「MSDS」は、化学物質安全性データシートとなります。



ビジョンバイオ株式会社 食品検査センター

〒 839-0864

福岡県久留米市百年公園1-1 TEL:0942-36-3100

久留米リサーチセンタービル1F FAX:0942-36-3101

弊社使用欄

受付月日	
受付番号	
特記事項(E)	特記事項(B)

受付	精度	発送
発送日		
納品日		

検査試薬発注書

年 月 ※太枠内のみご記入

記入例

会社名	フリガナ ビジョンシヨクヒンカブシキガイシャ ビジョン食品株式会社			
	部署名	品質管理部	ご担当者名	見本 太郎 様
住所	〒 839-0864 福岡県久留米市〇〇〇123-456			
	TEL	0123-45-6789	FAX	0123-45-6790
	E-mail	abcd@efghik.com		
送付先	会社名: 住所: 〒 TEL ご担当者名:			
		確認後、チェックをお願いいたします。		(送付先が貴社と異なる場合にご記入下さい)
<input checked="" type="checkbox"/> 検査業務規約に同意します。		検査業務規約: http://www.visionbio.com/order/download.html		
<small>※同意欄のチェックがない場合、スムーズなお受付ができない場合がございます。</small>				

試薬種別	発注数	MSDS 添付	Lot-No 使用期限	
			Lot-No	使用期限
コシヒカリ鑑定団®(DNA実験キット)	1	<input checked="" type="checkbox"/> 必要		
コシヒカリ鑑定団®(DNA実験キット) DNA鑑定能力検定【初級】パック 12名用		<input type="checkbox"/> 必要		
コシヒカリ鑑定団®(DNA実験キット) DNA鑑定能力検定【初級】パック 24名用		<input type="checkbox"/> 必要		

(備考) ※納品日のご希望や、その他ご指定条件等

キット概要が不明な場合は、HPにてご確認いただくか、弊社までご連絡をお願いいたします。

- ※ 受付日より概ね一週間後の発送日を予定しております。
- ※ 納品予定日は宅配業者の配達状況により若干変動する可能性があります。
- ※ 「MSDS」は、化学物質安全性データシートとなります。



ビジョンバイオ株式会社 食品検査センター

〒 839-0864
 福岡県久留米市百年公園1-1 TEL:0942-36-3100
 久留米リサーチセンタービル1F FAX:0942-36-3101

弊社使用欄

受付月日	
受付番号	
特記事項(E)	特記事項(B)

受付	精度	発送
発送日		
納品日		