

お客様へのお願い

- ① ご注文の際、本紙コピーを富士フイルム和光純薬(株)の販売代理店にお渡しください。
- ② 原本は、製品に同封の返信用封筒に入れて株式会社ニッポンジーン 学術営業課まで郵送願います。

原本必須

記入例① 購入依頼書 Purchase Order Form

本品の使用者情報、用途について、バイエルクロップサイエンス 様へ本紙原本による報告が求められています。つきましては、下記フォームの全項目にご記入の上、ご送付下さいますようお願い申し上げます。バイエルクロップサイエンス 様からの要請や、記載漏れがあった場合は、より詳細についてお問い合わせさせて頂く場合がございますのでご了承ください。 The following information is required by Bayer. Please complete all the fields below and return to us. Additional detailed information may be requested by Bayer or if this form is incomplete.

注文数量 Qty.	製品名 Product Name	製造元 Manufacturer :
1	GMダイズ(RR2)プラスミドセット -CoIE1/TE- GM Soybean (RR2) Detection Plasmid Set	株式会社ニッポンジーン Nippon Gene Co., Ltd.
	GMダイズ混入判定用プラスミドセット GM Soy Δ ΔCq Standard Plasmid Set	販売元 Distributor : 富士フイルム和光純薬株式会社 FUJIFILM Wako Pure Chemical Corporation

ご使用者の氏名 Full Name	記入日 Date
ふりがな にほん たろう 氏名 日本 太郎	2021 年 7 月 21 日 (YYYY/MM/DD)

ご所属 Organization	
英語名称 Organization name in English	(勤務先名については英語名を必ずご記入ください)
NIPPON GENE CO., LTD.	

日本語名称 Organization name in Japanese	(日本語で勤務先名と部署名まで詳細をご記入ください)
株式会社ニッポンジーン 研究試薬部 学術営業課	

ふりがな とやまけん とやまし といやまち 所在地 Address (郵便番号 ZIP Code 〒 930-0834)	電話 TEL
富山県富山市問屋町2-7-18	076-451-6548

確認事項 Please check the applicable box.	用途 Application
<input type="checkbox"/> (1) 公的な検査・研究に使用する。 Use in public research.	(英文にて詳しくご記入ください。 Please fill in the details.) Quality control of food products
<input checked="" type="checkbox"/> (2) 商業ベースで検査に使用する。 Commercial use.	

「(2)」に該当する場合は、次の欄に進んでください。 If "(2)" does apply, proceed to the next section.

本製品を用いて商業ベースで検査を行う場合は、精度管理に十分留意し、定期的に第三者機関が運営する精度管理試験等を受けることを強く推奨します。 For commercial use, it is strongly recommend to ensure quality control and to enroll in a proficiency testing program provided by a third-party organization.

これまでに受けたことのある精度管理試験等 Proficiency testing program previously enrolled in : XXXX program

本製品の使用用途を十分理解し、精度管理に努め、推奨された検査方法を遵守します。 I hereby understand the intended use of this product, certify that I will maintain quality control, and follow suggested protocol.

部署責任者の署名 Signature of Department Representative (直筆署名・押印不要) 富山 花子

ご提供頂いたお客様情報は、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、法令に定めた場合を除き目的以外には利用いたしません。 In accordance with the Personal Information Protection Law, we will never use any personal information obtained for any purpose beyond the purpose of use except in cases required by law.

販売代理店様へのお願い

- ① 本紙コピーを添付して、正式発注をお願いします。
- ② お客様から郵送される原本が弊社で未確認の場合、再送のお願いをさせていただく場合がございます。ご担当者様名とご連絡先をご記入をお願いします。

ご担当者名 :

TEL :

E-mail :

お客様へのお願い

- ① ご注文の際、本紙コピーを富士フイルム和光純薬(株)の販売代理店にお渡しください。
- ② 原本は、製品に同封の返信用封筒に入れて株式会社ニッポンジーン 学術営業課まで郵送願います。

原本必須

記入例② 購入依頼書 Purchase Order Form

本品の使用者情報、用途について、バイエルクロップサイエンス 様へ本紙原本による報告が求められています。つきましては、下記フォームの全項目にご記入の上、ご送付下さいますようお願い申し上げます。バイエルクロップサイエンス 様からの要請や、記載漏れがあった場合は、より詳細についてお問い合わせさせて頂く場合がございますのでご了承ください。 The following information is required by Bayer. Please complete all the fields below and return to us. Additional detailed information may be requested by Bayer or if this form is incomplete.

注文数量 Qty.	製品名 Product Name	製造元 Manufacturer: 株式会社ニッポンジーン Nippon Gene Co., Ltd.
2	GMダイズ(RR2)プラスミドセット -ColE1/TE- GM Soybean (RR2) Detection Plasmid Set	販売元 Distributor: 富士フイルム和光純薬株式会社 FUJIFILM Wako Pure Chemical Corporation
GMダイズ混入判定用プラスミドセット GM Soy Δ Δ Cq Standard Plasmid Set		
ご使用者の氏名 Full Name		記入日 Date
ふりがな にほん たろう 氏名 日本 太郎		2021 年 7 月 21 日(YYYY/MM/DD)
ご所属 Organization		
英語名称 Organization name in English		(勤務先名については英語名を必ずご記入ください)
NIPPON GENE CO., LTD.		
日本語名称 Organization name in Japanese		(日本語で勤務先名と部署名まで詳細をご記入ください)
株式会社ニッポンジーン 研究試薬部 学術営業課		
ふりがな とやまけん とやまし といやまち 所在地 Address (郵便番号 ZIP Code 〒 930-0834)		電話 TEL
富山県富山市問屋町2-7-18		076-451-6548
確認事項 Please check the applicable box.		用途 Application
<input checked="" type="checkbox"/>	(1) 公的な検査・研究に使用する。 Use in public research.	(英文にて詳しくご記入ください。 Please fill in the details.) Inspection of imported grains
<input type="checkbox"/>	(2) 商業ベースで検査に使用する。 Commercial use.	

「(2)」に該当する場合は、次の欄に進んでください。 If "(2)" does apply, proceed to the next section.

本製品を用いて商業ベースで検査を行う場合は、精度管理に十分留意し、定期的に第三者機関が運営する精度管理試験等を受けることを強く推奨します。 For commercial use, it is strongly recommend to ensure quality control and to enroll in a proficiency testing program provided by a third-party organization.

これまでに受けたことのある精度管理試験等
Proficiency testing program previously enrolled in : _____

本製品の使用用途を十分理解し、精度管理に努め、推奨された検査方法を遵守します。 I hereby understand the intended use of this product, certify that I will maintain quality control, and follow suggested protocol.

部署責任者の署名 Signature of Department Representative (直筆署名・押印不要)

ご提供頂いたお客様情報は、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、法令に定めた場合を除き目的以外には利用いたしません。 In accordance with the Personal Information Protection Law, we will never use any personal information obtained for any purpose beyond the purpose of use except in cases required by law.

販売代理店様へのお願い

- ① 本紙コピーを添付して、正式発注をお願いします。
- ② お客様から郵送される原本が弊社で未確認の場合、再送のお願いをさせていただく場合がございます。ご担当者様名とご連絡先をご記入をお願いします。

ご担当者名 :

TEL :

E-mail :
