

〒153-8927 東京都目黒区下目黒 1-8-1  
アルコタワー5 階  
TEL 03-6756-8275 / FAX 03-6756-8301  
シグマ アルドリッチ ジャパン合同会社

お問い合わせ賜りました製品は指定薬物（医薬品医療機器等法：第 2 条第 15 項）該当の為、用途を確認させていただきます。下記に漏れなくご記入の上、ご注文の際に返送頂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や用途に関する補足資料を提出いただく場合がございます。**尚、全項目にご記入がない場合、又は使用目的が試験研究以外の場合、ご注文をお断りすることがございますのでご了承下さい。尚、本製品につきましては、医薬品医療機器等法により、通常以下の使用者のみ取扱いが許されていますのでご注意下さい。

**国、地方公共団体及びその機関、大学及び高等専門学校、大学共同利用機関、独立行政法人、地方独立行政法人**

シグマ アルドリッチ ジャパン合同会社 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    | (職位： )                                                                                                           |            |     |  |
| ふ り が な    |                                                                                                                  |            |     |  |
| 御責任者の氏名    | (職位： )                                                                                                           |            |     |  |
| 勤務先名       |                                                                                                                  |            |     |  |
|            | 所 属：                                                                                                             |            |     |  |
| 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：<br>施設住所：<br>電話番号： ( )<br>保管方法：施錠可能で持運び不可の金庫に保管する。                                                           |            |     |  |
|            | 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。 |            |     |  |

責任者（以下、私）は、購入後製品を、私の監督下において上記の使用目的のみに使用し、また購入後の事故の一切の責任は私にあることを確約致します。

ご署名

氏 名： 印 記入日： 年 月 日

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 代理店情報 | 代理店名 / 営業所名：      |
|       | 担当者名：             |
|       | 電 話： ( ) FAX： ( ) |

※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。