

ファーマコセル株式会社

脳内移行性受託試験依頼書

ご依頼日

フリガナ ご氏名		E-mail	
大学・勤務先		ご所属	
ご住所	〒		
TEL		内線	FAX
代理店名		支店/営業所名	代理店ご担当者名

サンプル	送付本数	※サンプル名等を本書下方の「サンプル情報」欄にご記入ください。
	本	
	送付予定日	

特記事項	

ファーマコセル株式会社

URL: <http://www.pharmacocell.co.jp/>

サンプル送付先

ファーマコセル株式会社 BBBラボ

〒850-0862 長崎県長崎市出島町1-43

ながさき出島インキュベータ 303号

各種お問い合わせ先

E-mail: info@pharmacocell.co.jp

TEL: 095-895-7431

FAX: 095-895-7432

【PCC記入欄】

受理記録 日付

サイン

管理No.

サンプル情報

※サンプル名を『ファイル名』に使用しますので、下記の半角英数記号にてご記入下さい。

番号	サンプル名	溶媒	濃度	量	保存温度	備考
例	PCC-1	DMSO	1mM	10 μ L	-20°C	-
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						