

【アイソトープ注文書】

(研究用非密封放射性試薬用)

送信年月日:

注文書送付枚数: 1 枚目 / 1 枚

送先: 公益社団法人日本アイソトープ協会 医薬品部 医薬品・試薬課

Mail: gy1order@jrias.or.jp (3文字目は数字の1です), FAX: 0120-012-895 (注文専用フリーダイヤル)

TEL: 03-5395-8033 / FAX: 03-5395-8055

注文	貴事業所注文番号 (任意、最大半角20桁): ※納品書・請求書に記載する貴所での管理番号です。	
	事前注文等: <input type="checkbox"/> 電話で事前注文済 <input type="checkbox"/> 在庫・納期確認済 <input type="checkbox"/> その他確認済 <input checked="" type="checkbox"/> 本送信が初めて	
	返信先メールアドレス又はFAX: ※協会から注文受付の返信をします。メールでのご注文時省略可	
	mri@adm.fukuoka-u.ac.jp	

製品	注) 製品仕様、納品予定日等はJ-RAMを参照ください。		
	核種:	製品コード:	メーカー 又は代理店:
	製品名:		
	規格放射線量: (Bq単位でk, M等補助単位も記入ください) Bq		
	本数:	納品希望月日: ※納品日が変更となる場合は連絡いたします (下欄参照)	
	見積書・カタログで液量・容器等の指定が必要とされている製品の場合、記載願います。		
	液量:	容器:	その他:

使用者 (代表者)	「留意事項の確認・同意の上、RI規制法上の研究用途で使用することを条件にアイソトープを注文いたします」		
	事業所名称: 福岡大学	所属:	記名押印 (印)
	メールアドレス (電話番号でも可):		

※伝票類への印字上、所属名の略記、旧字体の置き換え等を行う場合がございます。

現品 送付先	注) 紛失防止の観点から、現品送付先調査に回答された現品送付先に優先して納品いたします。		
	現品送付先 宛名:	福岡大学 医学部RI施設	
	郵便番号 ・住所:	〒814-0180 福岡市城南区七隈7丁目45番1号	
	メールアドレス (必須): ※納品日変更等の連絡に使用します。	mri@adm.fukuoka-u.ac.jp	氏名: (省略可)
	許可番号: 使第3277号	放射線取扱主任者記名押印: 「譲受けに関する許可上の問題はありません」	榮 文也 (印)

請求書 送付先	事業所名称: 福岡大学	所属:	氏名: (省略可)
	郵便番号・住所:		
	メールアドレス (電話番号でも可):		
	※確認事項 納品先の法人と代金を支払う法人が異なる場合には、RI規制法上の販売業・賃貸業に該当しないことを確認します。		
	いずれかにチェック { 共同研究のため、RI規制法上の販売・賃貸に該当しません。 <input checked="" type="checkbox"/> チェック欄 所有権を放棄するため、RI規制法上の販売・賃貸に該当しません。 <input type="checkbox"/> チェック欄		

納品 遅延時 連絡	注) 納品日変更の際は原則として現品送付先に連絡します。連絡先の追加を希望する場合はご記入ください。		
	希望連絡先: <input checked="" type="checkbox"/> 現品送付先、 <input type="checkbox"/> 使用者、 <input type="checkbox"/> その他 ※「その他」の場合下記に記入願います		
	その他 事業所名:	その他 所属:	その他 氏名:
	その他選択時 メールアドレス (電話番号でも可):		

上記以外の連絡事項 (請求書宛名の指定等):

●日本アイソトープ協会使用欄●