AAVpro® KmR シリーズ購入確認書

この度は、当社の AAVpro® KmR シリーズをご用命いただき誠にありがとうございます。

ご注文内容およびご購入者様情報欄（太枠内）の全てにご記入いただき、弊社販売店様にお渡しください。

①ご注文内容

□ **本製品のご購入に際しまして、予め下記の注意事項をご確認ください。**
該当・非該当に関わらず、確認されましたら左のチェックボックスに ✓印のご記入をお願い致します。
商用生産用途にご利用いただく場合、事前のライセンス契約締結が必要です。該当する場合は当社までご連絡ください。

製品・サービス名	製品コード	容量	ご購入数量
pAAV-ZsGreen1 Vector (KmR)	6610	20 µg	
AAVpro® Packaging Plasmid (AAV2) (KmR)	6266	1 mg each	
AAVpro® Packaging Plasmid (AAV6) (KmR)	6616	1 mg each	
AAVpro® Packaging Plasmid (AAV8) (KmR)	6866	1 mg each	
AAVpro® Packaging Plasmid (AAV9) (KmR)	6696	1 mg each	

②ご購入者様情報　＊必ず、全てご記入ください。

ご記入日	年　　月　　日			
お 名 前	姓		名	
お名前の英字表記	Family name		First name	
ご 所 属（大学、企業名）				
ご所属部門				
ご 住 所	〒			
ご連絡先	TEL :　　—　　—　　（内線　　）			

ご記入後は、本紙を弊社販売店様にお渡しになり、ご注文ください。

販売店様ご記入欄

販売店名	（営業所：　　）	ご担当者名	
ご連絡先	TEL：　　—　　—	ご記入日	月　日

ご記入いただいた個人情報は、弊社の個人情報保護指針により適切に管理致します。

[お問合わせ先] タカラバイオ株式会社　**受注専用窓口 ☎ ：077-565-6977**