

アイソトープ申込書

注文年月日 平成 年 月 日

公益社団法人 日本アイソトープ協会
 医薬品・アイソトープ部 御中
 医薬品・試薬課

右記アイソトープを注文いたします。

※太枠内のみご記入下さい

通信欄	○使用目的：研究用（障害防止法） ○電話連絡：（未）		
	連絡先	所属 氏名	☎ 095 ()
使用承認番号	使第 2976 号		
放射線取扱主任者	Ⓜ		
経費担当者印		実験施設 受付	
入荷年月日			
RI番号			

貴注番	NRC-	請求番号	
メーカー名・コード番号 品名	規格	数量	納品 希望日
	kBq MBq		/
注 文 者	所属 フリガナ 氏名 Ⓜ		
現品送付先 〒852-8523 ☎ 095 (819) 7150 長崎市坂本1丁目12番4号 国立大学法人長崎大学 先端生命科学研究支援センター・アイソトープ実験施設			
請求書送付先 〒852-8521 ☎ 095 (819) 2162 長崎市文教町1-14 国立大学法人長崎大学 財務部 調達課 第二調達班			
支払 責任者	所属 長崎大学 氏名 Ⓜ		
支払 区分	1. 運営費交付金 2. 自己収入 3. 寄附金 4. 受託研究費 [] 5. 科学研究費補助金 6. 厚生労働科学研究費補助金 7. その他 []		

注意：経費担当者確認印、実験施設受付印及び主任者印がない申込書は無効です。

納品希望日空欄の場合は最短納期といたします。

備考

国立大学法人長崎大学先端生命科学研究支援センター・アイソトープ実験施設