

記入例

アイソトープ申込書

(社) 日本アイソトープ協会
 医薬品・アイソトープ部
 医薬品・試薬課

御中

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	アイソトープ実験施設
	氏名	亀有 和也	
	☎	095 (819-7150)	
使用承認番号	使第 2976 号		
放射線取扱主任者	㊟		
経費担当者印	龍	実験施設	受付
入荷年月日			
RI番号			

注意：経費担当者確認印、支払責任者印、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。

物品図書請求システムに入力して
起案 No を書き込んでください。

注文年月日 平成 年 月 日

貴注番	NRC-		請求番号	W1272000000	
メーカー名・コード番号 品名	規格	数量	納品希望日		
パーキンエルマー NEG513H P-32	9.25 kBq MBq	1	12/25		
注	所属 アイソトープ実験施設				
文	フリガナ かめあり かずや				
者	氏名 亀有 和也 龍				
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 長崎大学医歯薬学総合研究科 総務部管理係 係長				
	氏名 大丸 雄一 大				
支払区分	①. 運営費交付金 2. 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 [] 7. その他 []				

納入希望日を明記してください。

支払い財源によって担当部署・責任者が変わります。ご注意ください。

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