## クビフリン注文書

## (株) 産学連携機構九州 担当 宛

<u>E-mail:cubifrin@k-uip.co.jp</u> または<u>FAX:092-834-2389</u>



クビフリンは試験・研究用途に限り使用するものです。

公立の水産試験場等の研究機関以外の事業体の皆様の使用に際しては、採卵後にクビフリンの 使用状況や効果に関するアンケート調査の回答を必ずご提出いただきます。 ご了承の上、お申込みください。

| <u>注文内容</u>           | 注文日 | 年        | 月            | 日 |
|-----------------------|-----|----------|--------------|---|
| 試験・研究限定価格<br>(税別・送料別) | 数量  | 金<br>(税別 | € 額<br>•送料別) |   |
| 12,000 円/本            | 本   |          |              | 円 |

(注)発送料は**着払い**です

| 会社/機関名                       |                      |                    |                        |        |            |         |                      |  |
|------------------------------|----------------------|--------------------|------------------------|--------|------------|---------|----------------------|--|
|                              | ₹                    | -                  |                        |        |            |         |                      |  |
| 所在地<br><sup>(クピフリン送付先)</sup> |                      |                    |                        |        |            |         |                      |  |
| ご担当部署                        |                      | ご担当者名              |                        |        |            |         |                      |  |
| TEL                          |                      | -                  | -                      | FAX    |            | _       | -                    |  |
| メールアドレス                      |                      |                    |                        |        |            |         |                      |  |
| 希望納期                         |                      | 年                  | 月                      |        | 日 頃        |         |                      |  |
| 使用目的<br>(研究・試験<br>内容等)       |                      |                    | t験内容が変更にた。<br>・試験を実施する |        | 合は必ずご      | 記入ください。 |                      |  |
| 請求書の                         | 〇 PDFでの請求書希望         |                    |                        |        |            |         |                      |  |
| 頭水書の<br>送付について               | O 所在地に送付希望(クビフリンに同梱) |                    |                        |        |            |         |                      |  |
| <b>ヴ</b> チェックして<br>ください      | O 以下の<br>〒           | )あて先に送付希<br>-<br>- | 望 (但し注文事:              | 業体の内   | 部部署に限      | (a)     |                      |  |
|                              | →1□ \/ +e ==         |                    |                        | ⇒±0.7/ | + 4        |         |                      |  |
|                              | ご担当部署<br>TEL         |                    |                        | ご担当    | ル          |         |                      |  |
| 請求書宛名                        |                      |                    |                        | アドレ    | <u>/</u> Z |         | 会社/機関名と同じ<br>場合は記入不要 |  |
| 備考                           |                      |                    |                        |        |            |         |                      |  |

この製剤の注文に関するお問い合わせは ㈱産学連携機構九州 クビフリン担当 へ

Tel:092-834-2388 E-mail:cubifrin@k-uip.co.jp





