

マルチゲル®II オーダーメイドゲル 見積依頼書

ご依頼日 年 月 日

お客様情報	
お名前	
ご所属	
ご連絡先	住所 〒
	TEL E-mail
ご指定代理店	
会社名	営業所
担当者	
TEL	E-mail

※詳細についてご連絡させていただきますので必ずご記入下さい。

ご依頼内容	
サイズ(ガラスサイズ)	ウェル数
ミニゲル(100 mm×100 mm)	13 ウェル 17 ウェル 1 ウェル(2次元用)
希望数量	※ミニゲル 10 枚(2 ケース)より承ります。
濃度・組成など	例：マルチゲルと同じ組成(Laemmli 法に準じたトリス塩酸ゲル)に、5M Urea を加えたもの
備考・ご質問等	

※特注品は規格以外の保証はございません。予めご了承下さい。

※必要事項をご記入の上、弊社代理店あるいはコスモ・バイオ(株) FAX 03-5632-9619 までお送りください。

<個人情報の利用目的>

- ・製品やサービスの内容を、より充実したものにするため
- ・展示会、セミナーなどのイベントのご案内をお届けするため
- ・お客様から請求のあった資料などをお届けするため
- ・新しいサービスや製品などの情報をお知らせするため

詳細は弊社ホームページ上の個人情報保護方針 (<http://www.cosmobio.co.jp/login/privacy.asp>) をご覧ください。