

カスタムメイド混合試薬見積依頼シート

ご氏名(フリガナ)	:	()
ご所属機関名(フリガナ)	:	()
TEL	:		
FAX	:		
E-mail	:	@	
所在地	:	〒	

希望の成分を記入してください

- ・成分純度 99.9%以上などの詳細なご要望があれば可能な限り対応します。
- ・試薬メーカーの指定も可能です。

希望の成分濃度、希釈溶媒をお知らせください

- ・成分と希釈溶媒の相性による溶解性、成分が高濃度による溶解性の問題で完全に溶解しない場合もあります。
- ・上記のような溶解性情報が不明確な場合は、溶解性試験として別途料金が発生いたします。

希望の容量、入数をお知らせください

- ・0.1mL入から製造可能です。+ 10%以内で多めに入っています。
- ・1本入から製造可能です。

希望の容器をお知らせください

- ・10mL以下は基本的にはアンプル入りです。10mLを超える場合はスクリーバイアルなどの容器を用意しています。
- ・ご希望の容器がある場合は指定してください。

弊社は ISO/IEC17025および ISOガイド35の認定事業所ではありません。

成分(純度 99%以上などご希望があれば記載してください)

No.	成分名(CAS No.を可能な限り記載してください)	濃度(濃度単位を記載してください)
1		
2		
3		
4		
5		

希釈溶媒を記載してください:

容量・入数を記載してください:

容器を記載してください: