

お見積、ご注文は(株)ジーンネット FAX 092-626-2723 までお送りください。  
到着後、担当者よりご確認の連絡を差し上げます。

 見積依頼

 発注

ご依頼日	年 月 日
ご依頼者	会社名(所属名)
	部署名
	氏名
	住所 〒
	E-mail
	TEL
	FAX
	受取可能日 <input type="checkbox"/> 土日可 <input type="checkbox"/> 土日不可
ご希望代理店 <small>(お分かりになる範囲でご記入ください)</small>	会社名
	担当者
	TEL
	FAX

(以下の項目については、各サンプルごとにご記入ください。)

ペプチド名										
合成量	<input type="checkbox"/> 5mg(標準) <input type="checkbox"/> 10mg <input type="checkbox"/> 15mg <input type="checkbox"/> その他( )									
純度	<input type="checkbox"/> クルード <input type="checkbox"/> >80% <input type="checkbox"/> >90% <input type="checkbox"/> >95%									
配列	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
修飾など										

その他ご要望等ありましたらご記入ください。



お見積、ご注文は(株)ジーンネット FAX 092-626-2723 までお送りください。  
到着後、担当者よりご確認の連絡を差し上げます。

 見積依頼 発注

ご依頼日	年 月 日
ご依頼者	会社名(所属名)
	部署名
	氏名
	住所 〒
	E-mail
	TEL
	FAX
	受取可能日 <input type="checkbox"/> 土日可 <input type="checkbox"/> 土日不可
ご希望代理店 <small>(お分かりになる範囲でご記入ください)</small>	会社名
	担当者
	TEL
	FAX

(以下の項目については、各サンプルごとにご記入ください。)

ご希望抗体	<input type="checkbox"/> ポリクローナル抗体 <input type="checkbox"/> モノクローナル抗体
サンプル名	
抗原情報 <small>(いずれかを選択ください)</small>	<input type="checkbox"/> タンパク質 分子量 ( )
	<input type="checkbox"/> 濃度 ( )mg/ml 容量 ( )ml <input type="checkbox"/> 重量 ( )mg
	<input type="checkbox"/> ペプチド 配列 ( )
	粉末 ( )mg システインの有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	キャリアへの結合 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	希望キャリア <input type="checkbox"/> KLH <input type="checkbox"/> BSA <input type="checkbox"/> OVA
	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 濃度 ( )mg/ml 容量 ( )ml <input type="checkbox"/> 重量 ( )mg
抗原保存温度	
サンプル調整方法	<small>(使用緩衝液等ご記入ください)</small>
サンプルの毒性及び病原性	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
免疫動物	<input type="checkbox"/> ウサギ ( )羽 <input type="checkbox"/> ニワトリ ( )羽 <input type="checkbox"/> モルモット ( )匹
	<input type="checkbox"/> マウス ( )匹 <input type="checkbox"/> ヒツジ ( )頭 <input type="checkbox"/> ヤギ ( )頭
納品形状	<input type="checkbox"/> 冷蔵(0.1%NaN3を含む;標準) <input type="checkbox"/> 冷凍(防腐剤なし)
抗血清の精製	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> IgG精製(標準20ml) <input type="checkbox"/> Affinity精製(標準20ml)
力価測定法、血清納品方法等に関してご要望等ありましたら、ご記入ください。	

その他ご要望等ありましたらご記入ください。



お見積、ご注文は(株)ジーンネット FAX 092-626-2723 までお送りください。  
 到着後、担当者よりご確認の連絡を差し上げます。

見積依頼  発注

ご依頼日	年 月 日
ご依頼者	会社名(所属名)
	部署名
	氏名
	住所 〒
	E-mail
	TEL
	FAX
ご希望代理店 <small>(お分かりになる範囲でご記入ください)</small>	会社名
	担当者
	TEL
	FAX

(以下の項目については、各サンプルごとにご記入ください。)

サンプル形態	<input type="checkbox"/> プラスミド <input type="checkbox"/> PCR産物				
サンプル数	( )個				
サンプル精製	<input type="checkbox"/> 行う <input type="checkbox"/> 精製済み				
サンプル名/ サンプル濃度 (10サンプル分)					
	ng/μl	ng/μl	ng/μl	ng/μl	ng/μl
	ng/μl	ng/μl	ng/μl	ng/μl	ng/μl
ベクター名					
インサート/PCR産物サイズ	bp				
プライマー数	<input type="checkbox"/> ユニバーサルプライマー ( )個 <input type="checkbox"/> カスタムプライマー( )個				
ユニバーサルプライマー	<input type="checkbox"/> M13FW (-20) <input type="checkbox"/> M13RV <input type="checkbox"/> T7 promoter <input type="checkbox"/> T7 terminator <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> SP6 <input type="checkbox"/> BGH-Reverse <input type="checkbox"/> RV3 <input type="checkbox"/> RV4 <input type="checkbox"/> GL1 <input type="checkbox"/> GL2				
カスタムプライマー プライマー名/濃度					
	μM	μM	μM	μM	μM
シークエンス方法	<input type="checkbox"/> 片方向 <input type="checkbox"/> 両方向				
その他					

その他ご要望等ありましたらご記入ください。