

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。