

平成 年 月 日

日本アレルギー協会
抗原研究会 殿

Hollister-Stier 社・滅菌空バイヤル輸入要請書

要請者氏名 _____ (印)

所属施設名 _____

送付先住所 〒 _____

Tel _____

私は、Hollister-Stier 社の「滅菌空バイヤル」を使用するため下記の品目の輸入を要請いたします。なお、使用に際しては抗原研究会の規約に従います。

品名	製品コード	容量/口径	単位	数量	備考
Sterile Empty Vials	7505ZA	2ml/13mm	25 vials		
Sterile Empty Vials	7508ZA	5ml/13mm	25 vials		
Sterile Empty Vials	7510ZA	5ml/20mm	25 vials		
Sterile Empty Vials	7519ZA	10ml/13mm	25 vials		
Sterile Empty Vials	7515ZA	10ml/20mm	25 vials		
Sterile Empty Vials	7520ZA	30ml/20mm	9 vials		
Sterile Empty Vials	7525ZA	100ml/20ml	25 vials		
通信欄					

- 注意事項
- * 製品コード、容量/口径が不明の場合は発注できません。
 - * また、単位以下のバラは取り扱い致しません。
 - * ご案内に掲載されている品目を確認のうえ、ご入用な製品のみご記入願います。