

株式会社ファスマック 宛 ファックス: 046-294-3738

**GMO検知用試薬 注文書**

注文日 年 月 日  
 ユーザー

会社名	
ご住所	〒
部署	
ご担当者	様
電話番号	
ファックス番号	

代理店

会社名	
ご住所	〒
部署	
ご担当者	様
電話番号	
ファックス番号	

ご希望試薬 (商品コード・個数のみでも可)

商品コード	品名	個数	備考

商品発送先に○をしてください。 : ユーザー ・ 代理店  
 要望事項