

# <Pipette Doctor 申込書>

ご注意) **本申込書は、「修理申込書」ではありません。**

**“\*”のついた項目はもれなくご記入または口にチェックして下さい。**  
**また、お申し込み後のキャンセルやお申し込み内容の変更はできませんのでご注意ください。**  
**返却時におけるお客様への直送対応は行っておりません。**

申込日 年 月 日

<b>申込顧客様</b>			
会社名* (施設名)		部署名*	
所在地*	〒		
ご担当者*	様	TEL*	

<b>販売店様 (弊社お取引先)</b>			
会社名*		本社 支店 営業所	ご担当者* 様
TEL*		FAX*	

<b>通信欄</b>
------------

<b>ご依頼内容とサービスご依頼ピペット情報</b>
<b>※下記、ご依頼内容の選択、及びサービスご依頼ピペットの情報を必ずご記入下さい。</b>

No.	製品名	チャンネル数	容量範囲	シリアル番号	受入時の精度検査 (有料オプション) ご依頼の場合チェック下さい。
例	Sartorius Picus	8	10-300	16587423	<input checked="" type="checkbox"/>
1					<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>
6					<input type="checkbox"/>
7					<input type="checkbox"/>
8					<input type="checkbox"/>
9					<input type="checkbox"/>
10					<input type="checkbox"/>

<b>有害物質除去</b>	
<input type="checkbox"/> <b>ご確認*</b> : 本ピペットは人体に有害な物質(RI, 化学物質、感染の恐れのあるウイルス、細菌など)の汚染の恐れのある環境で使用していないまたは適切な汚染除去処理を施しています。	
ご署名*	ご署名がない場合、サービスを承れない場合があります。

<b>精度検査方法</b>
ISO8655の重量法に準拠しています。検査は、公称容量の100%,10%もしくは最小容量の2ポイントで5回測定します。 精度検査時に使用するチップは原則として、弊社または各メーカーの純正チップを使用します。※ご依頼品によっては、チップの準備ができないものがございますので、弊社よりチップのご提供を依頼する場合がございます。

<b>サービス依頼ピペット送付先</b> (株)近鉄ロジスティクス・システムズ 東京第2ターミナル ザルトリウス / ピペットサービス担当 宛 〒140-0003 東京都品川区八潮3-3-6 東京レールゲートイースト5階東側 TEL 03-5755-1532	<b>お問い合わせ先</b> ザルトリウス・ジャパン株式会社 技術サービスセンター TEL 03-4586-0600 FAX 03-4586-0602
--	---