

# オーダーシート

## 納品先情報

下記のプライバシーポリシーにご同意の上、アルファベットや記号など、お間違えのないようにご記入ください。

ご注文日

月	日
---	---

**FAX**  
送信方向

貴社名 <small>&lt;必須&gt;</small>			
ご担当者様名 <small>&lt;必須&gt;</small>	様		
納品先ご住所 <small>&lt;必須&gt;</small>	〒	—	都道府県 市区郡
	<small>&lt;ビル、マンション名、階数等&gt;</small>		
TEL <small>&lt;必須&gt;</small> <small>※市外局番からご記入ください</small>	—	—	FAX — —
メールアドレス	@		

### <株式会社 AVSS（当社）における個人情報の取扱いについて>

●ご記入いただきます個人情報は、ご依頼いただいた商品の交換及び発送作業のため利用いたします。弊社における個人情報の扱いに当たっては、個人情報の保護に関する法律などの法令を厳守し、個人情報の保護に努めます。個人情報取り扱いに関する詳細は、弊社ホームページをご参照ください。 <http://www.avss.jp/privacy/>

## ご注文内容

製品名	検体数	価格	数量
MHV-IF-Slide	10	5,000円（税抜）	
	4	3,000円（税抜）	
	2	2,000円（税抜）	
MHV陽性血清	1mL	10,000円（税抜）	

## 備考欄

**FAX** 095-843-6017

番号はおかけ間違いのないよう  
ご注意ください。



株式会社 AVSS

〒852-8137 長崎市若葉町 1-22 第 6 三光ビル 6F

TEL:095-843-6035 FAX:095-843-6017

E-mail:info@avss.jp

<http://www.avss.jp>