

# <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。修理をご希望される場合は、「Repair(修理)」専用申込書にてご依頼下さい。なお、「\*」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ください。また、お申し込み後のキャンセルやお申込み内容の変更はできませんのでご注意ください。

申込日 年 月 日

## 申込顧客様

会社名* (施設名)	
住所*	〒

## 申込顧客様(ご担当者様連絡先)

担当者名*		TEL*	
E-mail*		FAX	

## 販売店様

会社名*	本社・支店・営業所	ご担当者*
TEL*	FAX	

## 通信欄

## ご依頼内容とサービスご依頼ピペット情報

※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記入してください。

ご依頼内容*	① 受入時の精度検査 (有料オプション) <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> しない	←①、②をご希望される場合はチェックを入れて下さい。
	② 精度測定チャンネル ※マルチタイプのみ <input type="checkbox"/> 全チャンネル <input type="checkbox"/> 両端のみ	

No.	製品名	チャンネル数	容量範囲	シリアル番号
例	sartorius Picus	8	10-300	16587423
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

## 有害物質除去

**ご確認\*** : 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。
------	--	----------------------------

## 精度検査方法

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。※メーカーによっては、チップのご用意ができないものがございますので、弊社よりご依頼主様へチップの送付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 ザルトリウス / 校正担当 宛 〒140-0003 東京都品川区八潮3-2-31 東京ターミナル3F TEL 03-6386-9549	<b>お問い合わせ先</b> ザルトリウス・ジャパン株式会社 リキッドハンドリングサービス TEL 03-5228-0323 FAX 03-5228-0324
---	---