

ご希望の数量および納期をご記入ください

製品名	製品番号	数量
HiGROW IVF (60mL×1)	F-111176	本
HiGROW OVIT (60mL×1)	F-111183	本
HiGROW HSA (5mL×1)	F-111190	本
HiGROW HEPES (100mL×3)	F-111206	箱
HiGROW OIL (100mL×1)	F-111213	本
HiGROW OIL (100mL×3)	F-111220	箱

製品名	製品番号	数量
HFF99 (100mL×3)	F-111121	箱
HFF99 (30mL×6)	F-111145	箱

ご希望の納期が御座いましたらご記入下さい。 ____月 ____日 (までに、指定) 受取り不可曜日等: _____

※出荷システムの関係上、通常発送までに数日かかりますので、恐れ入りますが納期に余裕をもってご注文頂けると幸いです。

ご要望

納品先

施設名	
受取人	
住所	〒
電話	
F A X	

株式会社 高度生殖医療技術研究所 (ARMT)
 〒371-0105 群馬県前橋市富士見町石井 909-21
 TEL : 027-230-5411 e-mail : mail@arnt.net