

シカジーニクス® 遺伝子検査キットユーザー登録書

平素は格別のお引き立てを賜り厚くお礼申し上げます。

以下の必要事項に御記入の上、弊社窓口または担当営業へご回答頂きます様、お願い申し上げます。

担当窓口：関東化学株式会社 試薬技術部 バイオケミカル課

TEL:03-6214-1090 FAX:03-3241-1047 Mail:bio-info@gms.kanto.co.jp

◆ 御記名(御名刺の添付でも結構です)

貴施設名			
御所属			
フリガナ お名前			
御住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			
弊社担当者名			
御購入販売店	(御担当者名：)		

◆ 御使用中の遺伝子検査キットシリーズを○でご記入下さい。

① シカジーニクス® 分子疫学解析 POT キット(黄色ブドウ球菌用)	
② シカジーニクス® 分子疫学解析 POT キット(緑膿菌用)	
③ シカジーニクス® 分子疫学解析 POT キット(アシネトバクター菌用)	
④ シカジーニクス® 分子疫学解析 POT キット(大腸菌用)	
⑤ シカジーニクス® 病原遺伝子検出 PCR キット(下痢原性大腸菌用)	
⑥ シカジーニクス® コアグラマーゼ検出セット	
⑦ シカジーニクス® ESBL 遺伝子型検出キット	
⑧ シカジーニクス® カルバペネマーゼ遺伝子型検出キット	
⑨ シカジーニクス® 毒素遺伝子検出キット(<i>C. difficile</i> 用)	

◆ 御使用中のDNA抽出キットシリーズを○でご記入下さい。

① シカジーニクス® DNA抽出試薬	
② シカジーニクス® DNA抽出試薬 ST	
③ シカジーニクス® DNA抽出試薬 AN	

ご協力ありがとうございました

--	--	--	--

ユーザーID (関東化学記入欄)