

お取引先各位

(一財) 医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団

〒541-0046

大阪市中央区平野町2丁目1番2号
沢の鶴ビル

TEL 06-6221-3458

FAX 06-6221-3459

E-mail jprslab-hor@pmrj.jp

タール色素省令薄層クロマトグラフ用 赤色 204 号標準品お申込の件について

拝啓 貴社ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のお引き立てを賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、タール色素省令薄層クロマトグラフ用 赤色 204 号標準品は、「毒物及び劇物取締法」により規制対象となっております。

つきましてはお手数ですが、「毒物及び劇物譲受書」に必要事項ご記入、押印の上、上記の E-mail 又は FAX までご送付下さいますよう宜しくお願い申し上げます。

なお、貴社が毒物劇物営業者の場合、登録書の写しを添えて下さい。

敬具

No. _____

| 毒物及び劇物譲受書 | | |
|------------------------|-----------------|--------|
| 毒物または劇物 | 名 称 | 標準品 |
| | 容量/数量 | 入 個 |
| 販売または授与の年月日 | | 年 月 日 |
| 譲 受 人 | 氏 名 | 会社名 所属 |
| | | 氏 名 印 |
| | 職 業 | |
| | 住 所 | |
| | 名 称 (主たる事務所) | |
| | 住 所 (主たる事務所) | |
| 譲受人が毒物劇物営業者の場合 | 登録の種類 | 業者 |
| | 登録番号 | 第 号 |
| | 登録年月日 | 年 月 日 |
| 備 考 *購入目的を記入してください。 | | |

記入例

No. _____

| 毒物及び劇物譲受書 | | | | |
|----------------|---|--|---|--|
| 毒物または劇物 | 名称 | 標準品名、容量、数量をご確認ください | 標準品 | |
| | 容量/数量 | | 個 | |
| 販売または授与の年月日 | | 空欄のまま | 年 月 日 | |
| 譲受人 | 氏名 | 会社名 | 所属 | |
| | | 氏名 | お申込者の氏名、個人印、職業(例:医薬品製造業)、住所(毒物劇物営業者の場合、登録されている住所) | |
| | 職業 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 名称 (主たる事務所) | 本社の名称、住所 (上記と同じ場合はその旨を記載) | | |
| | 住所 (主たる事務所) | | | |
| 譲受人が毒物劇物営業者の場合 | 登録の種類 | <p>転売の場合ご記入が必要です (登録書のコピーのE-mailまたはFAXの送付をお願いします。)</p> <p>*登録年月日は有効期限の初日</p> | | |
| | 登録番号 | | | |
| | 登録年月日 | | | |
| 備考 | <p>*購入目的を記入してください。</p> <p>•購入目的の記入 (例:他社へ販売、試験のためなど)</p> <p>•①か②どちらかの印をご用意ください</p> <p>①代表取締役印 譲受書原本の備考欄に押印後、E-mail又はFAX。 ↓ 標準品到着後、譲受書原本をご郵送ください。</p> <p>②受領印 受領印(日付、社名、受領の文字がはいたもの) *無ければゴム印 別の用紙に見本として押印後、ご記入いただいた譲受書と一緒にE-mail又はFAX。 ↓ 標準品到着後、譲受書原本に納品日の日付で受領印を押印(ゴム印の場合はゴム印の押印と納品日を記入)後、譲受書原本をご郵送ください。</p> | | | |