

ご注文フォーム

ご注文日： _____

納品ご希望日： _____

下記の通り、注文致します。



株式会社ジェノメンブレン
〒230-0052 横浜市鶴見区生麦2-3-18
インカワEMC研究所ビル3階
PHONE : 045-508-2326
FAX : 045-716-8884
<http://www.genomembrane.com>

2021.4~

一過性発現細胞 (TRANSíPORT (G) Cells)

カタログ番号	製品名	数量
GM 1102G	Human OATP1B1 (G)	
GM 1106G	Human OATP1B3 (G)	
GM 1107G	Human OATP2B1 (G)	
GM 1116G (GM1016と同じ)	Human OATP1A2 (G)	
GM 1103G	Human OAT1 (G)	
GM 1104G	Human OAT3 (G)	
GM 1119G	Human OAT4 (G)	
GM 1108G	Human OCT1 (G)	
GM 1105G	Human OCT2 (G)	
GM 1118G	Human OCT3 (G)	
GM 1114G	Human MATE1 (G)	
GM 1115G	Human MATE2K (G)	
GM 1113G	Human NTCP (G)	
GM 1101G	Mock (G)	

試薬

カタログ番号	製品名	数量
GM 1050-1	Reagent Kit (1 vial 用)	
GM 1050-5	Reagent Kit (5 vial 用)	

ご注文 F a x 番号 : 045-716-8884

ご注文メールアドレス : info@genomembrane.cc

<御注文者様>	
貴社名 :	
御所属 :	
御担当者様 :	
御住所 : 〒	
Tel :	
Fax :	
E-Mail :	
<御希望納品先>	
←納入先が上記御注文様と異なる場合のみ御記入下さい。	
会社名 :	
御所属 :	
御担当者様 :	
御住所 : 〒	
Tel :	
備考 :	

* ドライシッパーでの発送をご希望される場合は、備考欄にご記載下さい。

但し、ドライシッパーでの発送の場合、送料はお客様負担 (実費) となります。(ドライアイス発送の場合、送料負担はございません)