株式会社 高研　行

AteloGene®使用承諾書

（トランスフェクション試薬 製品番号：#1490、#1391 を初回購入の際にご提出ください。）

お名前（直筆でご記入下さい）

ご所属（部署・グループ名までご記入下さい）

役職

住所　〒

TEL

FAX

E-mail

ご承諾事項（各項目に同意される方は□にレをご記入下さい）

私は、今後使用する「AteloGene®」に関し下記事項に同意します。

□　１．「AteloGene®」を試験研究用途に限定し使用します。

□　２．「AteloGene®」を用い、（株）高研の事前の承諾無く選択発明の出願はしません。

□　３．署名者の責任が及ばない人、部署等に「AteloGene®」を譲渡、提供、委託等する場合には、（株）高研に事前の署名による承諾を受けます。

ご記入日

年　　月　　日

必要事項をご記入の上､本紙を PDF 化して下記アドレス又は FAX 番号までご送信下さい。

Email: support@atelocollagen.jp
FAX: 03-3816-3570

株式会社 高研
〒112-0004 東京都文京区後楽 1-4-14
TEL: 03-3816-3525
2024.4.26 改訂