

DSMZ 生物資源 問い合わせフォーム

DSMZ 株について、見積もりと菌株の存在等についてお問合せします。

平成 年 月 日

研究機関・会社名（ご所属部署・学部・研究室名まで、詳細に記載下さい）

住 所

電話番号（内線）： _____ FAX： _____

担当研究者名 _____

担当研究者 E-mail： _____

DSM No.	学 名（属 種 亜種など）	数量	Biosafety Level	弊社見積額（円）

* 不明な箇所は、未記入でも構いません。