インビトロジェン製品　カスタムプライマー合成注文書

ご注文枚数
／

ライフテクノロジーズジャパン（株）
カスタマーサービス＆デストリビューション
インビトロジェン製品オーダーアドミニストレーション
カスタムプライマー受注チーム　行

FAX 03-6832-9585
TEL 03-6832-6980

①
ご注文オリゴ数：　　本
受注締切時間：　14:00

年　　月　　日

②
ご氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿
ご所属 ＿＿＿＿＿＿＿＿
ご住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿
TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX ＿＿＿＿＿＿＿＿

③
販売代理店名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　□□□□□□
（研究室に出入りしている試薬の業者）　（当社使用欄）
担当者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿
TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX ＿＿＿＿＿＿＿＿

ミックス塩基用IUBによるコード

B=T+C+G	S=C+G
K=T+G	Y=C+T
R=A+G	H=A+T+C
W=A+T	N=A+C+G+T
D=A+T+G	V=A+C+G
M=A+C	

S-オリゴの表記

F	A-phosphorothioate
O	C-phosphorothioate
E	G-phosphorothioate
Z	T-phosphorothioate

I	デオキシイノシン
U	デオキシウラシル

④

合成スケール	チェック欄	精製グレード		塩基数
50 nmol		スタンダード（脱塩）	S	
		カートリッジ	O	
200 nmol		スタンダード（脱塩）	S	
		カートリッジ	O	
		HPLC	H	
1 μmol		スタンダード（脱塩）	S	
		カートリッジ	O	
		HPLC	H	
修飾（modify）	No / Yes（種類　　）			
形　　態	□ 乾燥品（標準）　□ 液体（TEに溶解）			

お願い（①～④は必ずご記入ください。）

- ご注文のプライマーの合成について左記の表の合成スケール・精製・形態のご希望の欄にご記入ください。なお、ご記入のない場合には50 nmolスタンダード（脱塩）グレード、乾燥品にておうけいたしますのでご了承ください。
- 各種修飾の基本料金は、Webをご覧いただくか、お問い合わせください。
- 塩基配列はIUBコードをご使用ください。**e, f , g , i は小文字で**ご記入ください。
- プライマー名にはアルファベットと数字をご使用ください（ギリシャ文字不可）。
- 納期は折り返しFAXにてご連絡いたしますので、FAX番号の記入をよろしくお願いいたします。
- 精製グレード、修飾の異なる場合には、別の用紙にご記入ください。
- 基本的には直送でお送りいたします。また、ご請求は販売店経由となりますので、販売店名を**必ず**ご記入ください。

1. Primer Name □□□□□□□□□□□□□□□
（アルファベットおよび数字でお願いします）

5' 15 30 60 80 3'

注文番号（　　）

2. Primer Name □□□□□□□□□□□□□□□
（アルファベットおよび数字でお願いします）

5' 15 30 60 80 3'

注文番号（　　）

FAX向き

コピーしてお使いください