

# 輸送依頼書

## Coordinated Shipping

### ご依頼主

#### Contact Information

連絡先氏名

Contact Name

会社

Company Name

郵便番号

Postal Code

都道府県

Prefecture

市

City

住所

Address

Eメール

Email

電話番号

Phone

携帯電話

Cell Phone

### 送付内

#### Shipment Contents

発送日

Shipping Date

送付バイアル数

Number of vials to be sent

送付バイアル サイズ

Vial Size

長さ

length

mm

容量

capacity

mL

バイアルケーン

Do you have canes for your vials?

要

Yes

不要

No

液体窒素の充填

Do you want us to charge the dry shipper with liquid nitrogen?

要

Yes

不要

No

コメント/通知事項 Additional comments/information

## 発送先 Ship From

会社/病院名  
Company/Clinic Name

国  
Country

郵便番号  
Postal Code

都道府県  
State

市  
City

住所  
Address

担当者名  
Contact Person

電話番号  
Phone

Eメール  
Email

## お届け先 Ship To

会社/病院名  
Company/Clinic Name

国  
Country

郵便番号  
Postal Code

都道府県  
State

市  
City

住所  
Address

担当者名  
Contact Person

電話番号  
Phone

Eメール  
Email