



FAX.03-3395-3268



デモカラム申込書

年 月 日

お名前				様
勤務先名				
所属部署名				
住所	(〒 -)			
TEL	()	FAX	()	
メールアドレス				

お手数ですが以下の項目にお答え下さい。

1. Senshupakカラムのご使用歴

- 現在使用している 以前使用した 使用したことがない

2. 目的

- 分離改善 時間短縮 新規検討用 他メーカーとの比較
 分取事前検討 その他 ()

3. 現在ご使用中のカラム

メーカー名	商品名	

4. 検討希望日

年 月 日 ~ 月 日 (貸出期間は2週間です)

5. Senshupakカラム購入店名

_____ わからない

デモカラムご希望の方は、本用紙にご記入の上、FAXにて弊社へお送り下さい。

(株)センシユー科学 営業部 FAX.03-3395-3268