

確 約 書

日付：

シグマアルドリッチジャパン合同会社
職務執行者 殿

【代表者】

住 所：

名 称：

役職名：

氏 名：

印

※ 試験研究を行う者が所属する事業者又は大学、団体等における公印を有する代表者の役職名及び氏名をご記入ください。公印は役職名の印であり、個人名の印ではありません。

今般、貴社から購入予定の下記化審法第一種特定化学含有製品は、化学物質の審査及び製造等の規制に関する法律（昭和48年法律第117号）第25条ただし書きに規定する試験研究用としてのみ使用することを確約いたします。

1. 製品番号、包装単位、製品名及び数量（複数記載可）

製品番号	包装単位	製品名	数量

2. 試験研究を行う施設名、所在地、所属及び氏名、電話番号

施設名	
所在地	〒
所属及び氏名	
電話番号	

※ 製品番号がBCR、ERMから始まる製品をご注文の場合は、使用者の所属及び所在地を以下に英文でご記入ください。

Institution name	
Address	

3. 試験研究の内容

--