フィルター付チップ
試薬・消耗品の在庫・使用管理表

使用期間	部門検査責任者 使用終了確認
20　年　月　日 ～ 20　年　月　日	/　㊞

受取日 (年月日)	受取者	製品名	ロット番号	使用期限 (年月日)	箱数	使用開始日										備考
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		プラチナ柔フィルター付チップ20μL			10	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	