麻酔装置の組み合わせをご案内するために、下記について教えてください。

|  |  |
| --- | --- |
| ご所属・部署名： |  |
| お名前： |  |
| ご住所： |  |
| TEL: |  |
| メール： |  |

1. 麻酔薬について：使用される麻酔薬についてご選択ください。

・イソフルラン ・ セボフルラン

・医療用薬瓶 ・ 試薬用薬瓶

1. 対象動物種について教えてください。

マウス ・ ラット ・ マウスとラット両方 ・ モルモット ・ ウサギ・マーモセット

1. 同時維持麻酔を行う匹数につて教えてください。＊ウサギ、マーモセットは１匹のみです。

　　１匹　　・　　複数匹（　　　匹）

1. １匹の動物に対して１時間を超える維持麻酔を行いますか？（１度でも行う可能性が有れば対象となります）。

※１時間以上の維持麻酔をかける場合は、キャリアガスが酸素のみとなりますので、別途機器が必要となります。

はい・　いいえ

1. ご購入時期について教えてください。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

ご回答ありがとうございます。別途、組み合わせをご案内致します。

ご記入いただきました用紙は、kikisora-info@wakenhd.co.jp　まで添付ファイルでお送り頂くか、FAX（075-721-8189）でお送りください。