

細胞材料提供依頼書

年 月 日

理化学研究所 バイオリソース研究センター
細胞材料開発室 御中

下記の細胞を提供願います。提供にあたっては別紙「提供同意書」記載項目を遵守します。
支払い方法は(公費・校費、 科研費、 その他)です。

依頼者氏名 (英名)	送付先氏名 (英名)
職名	送付先 E-mail
依頼者 E-mail	☐メールニュース配信不要の方はレ点をつけて下さい。
所属機関	
部室課講座名	
住所 〒	
TEL	FAX

RCB No.	細胞材料名	アンプル数	Restriction
			細胞材料開発室からの 発送日は
			<input type="checkbox"/> 特に指定しません。
			<input type="checkbox"/> 月 日(火曜日) に願います。

すでにMTAを締結している場合： 提供同意書 (MTA) No. RM

研究課題名： _____

(「生物遺伝資源提供同意書」に記載した研究課題名)

特記事項があれば以下にご記入願います。

* 「生物遺伝資源提供同意書」2部を郵送して下さい。到着後、正式受付となります。ただし、上記のMTAとリソース名、課題名、利用者(機関・会社名、住所、研究責任者、機関長)が同一であれば提出の必要はございません。

** Restrictionが b, c または f の承諾を必要とする細胞は「提供承諾書」を添えてお申込下さい。

*** 「遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律」に該当する**遺伝子組換え生物の場合**は、(1)遺伝子組換え生物実験の実験承認番号、(2)課題名、(3)研究責任者、(4)承認期間、並びに(5)予定遺伝子組換え生物の記載を確認できる所属機関長が発行した「**遺伝子組換え実験承認書**」もしくは「**計画書**」の写しをお送り下さい。

上記の事項が確認できない場合は、「**遺伝子組換え生物の提供確認書**」をご記入の上、お送り下さい。

本状の送付先：	理研記入
〒305-0074 茨城県つくば市高野台3-1-1	(受付日 年 月 日)
理化学研究所 バイオリソース 研究センター	(受付番号)
細胞材料開発室	(依頼者 User No.)
TEL : 029-836-3611	(請求先 User No.)
FAX : 029-836-9130	(MTA No.)

