

RIKEN BRC CELL BANK (書式 C-0001-1)

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

支払い方法が決まっている場合は、○をつけて下さい。

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	E-mail
E-mail	
所属機関	
部室課講座名	
住所 〒	
TEL	FAX

依頼者と異なる場合はご記入下さい。

生物資源同意書の「利用者」と同じ方をご記入下さい。

受付完了メール(提供受付後)
発送完了メール(細胞材料発送完了後)を配信いたします。
できる限りご記入をお願いいたします。

各リソースの「Restriction」の記号をご記入下さい。

RCB No.	細胞材料名	アンプル数	Restriction

発送日の指定がある場合はご記入下さい。
その場合は、発送予定表より選択して下さい。
発送日は、こちらからお知らせいたします。
ご希望に添えない場合もごさいますがご了承下さい。細胞材料開発室からの
発送日は
 特に指定しません。
 年 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： (「この依頼書1部とこの同意書2部は、必ず郵送して下さい。FAXでは送らないで下さい。') (課題名)
特記事項があれば

すでにMTAを締結している場合はご記入下さい。

- * 「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、(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： 〒305-0074 茨城県つくば市高野台3-1-1 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	理研記入 (受付日 年 月 日) (受付番号) (依頼者 User No.) (請求先 User No.) (MTA No.)
TEL : 029-836-3611	()
FAX : 029-836-9130	()

RIKEN BRC CELL BANK

(書式 C-0001-2)

請求先が依頼者と異なる場合は記入して下さい。
同一である場合は送付の必要はございません。

請求先氏名 (英名)	請求先が依頼者と異なる場合は 下記に記入してください。
職名	
E-mail	
所属機関	
部室課講座名	
住所 〒	
TEL	FAX

1枚目の依頼者の氏名をご
記入ください。

依頼者氏名: _____

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.)
