

# RIKEN BRC CELL BANK (書式 C-0012-1)

## 「研究用ヒト臍帯血幹細胞」提供依頼書

申込日 年 月 日

理化学研究所 バイオリソースセンター  
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。

依頼者と異なる場合はご記入下さい。

依頼者氏名 (英名)	生物資源同意書の「利用者」と同じ方をご記入下さい。	送付先氏名 (英名)	
職名		E-mail	
メールアドレスは必ずご記入下さい。 <input type="checkbox"/> メールニュース配信不要の方はレ点をつけて下さい。			
E-mail			
所属機関			
部室課講座名			
住所 〒			
TEL		FAX	

「研究用ヒト臍帯血幹細胞」

\_\_\_\_\_件の提供を希望します。(処理方法: HES、Ficoll、その他(HES2回法))  
(男児由来\_\_\_\_\_件、 女児由来\_\_\_\_\_件、 指定しない\_\_\_\_\_件)

研究課題名: \_\_\_\_\_

(「研究用ヒト臍帯血幹細胞提供同意書」に記載した研

すでにMTAを締結している場合はご記入下さい。

提供同意書(MTA) No. CM

今回の提供をもちまして、提供同意書に定められた提供上限件数200のうち、  
総数\_\_\_\_\_件の提供を受けることとなります。

細胞開発室からの発送日は、 (□を■として下さい。)

特に指定しません。(発送予定日の火曜日)

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日(火曜日)をお願いします。

\*\*\*\*\*

〒305-0  
理化学研  
細胞材

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ざいますがご了承下さい。

受付日 年 月 日)

受付番号 )

依頼者 User No. )

請求先 User No. )

(MTA No. )

FAX : 029-836-9130

# RIKEN BRC CELL BANK (書式 C-0012-2)

請求先氏名	
(英名)	
職名	
E-mail	
所属機関	
部室課講座名	
住所 〒	
TEL	FAX

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。

請求先が異なる場合はサインをして下さい。

依頼者氏名: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

〒305-0074 茨城県つくば市高野台3-1-1  
 理化学研究所 バイオリソースセンター  
 細胞材料開発室  
 TEL : 029-836-3611  
 FAX : 029-836-9130

(受付日 年 月 日)  
 (受付番号 )  
 (依頼者 User No. )  
 (請求先 User No. )  
 (MTA No. )