

RIKEN BRC CELL BANK

(書式 C-0015-1)

日本人由来不死化細胞株提供依頼書

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の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	送付先氏名
(英名)	(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

生物資源同意書の「利用者」と同じ方をご記入下さい。

HEV No.	アンプル数

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。

細胞材料開発室からの
発送日は
特に指定しません。
 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. EM

研究課題名： _____
(「日本人由来不死化細胞提供同意書」に記載した研究課題名)

すでにMTAを締結している場合はご記入下さい。

特記事項があれば以下にご記入願います。

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。

* 「**日本人由来不死化細胞株提供同意書**」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。

〒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.)

RIKEN BRC CELL BANK

(書式 C-0015-2)

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.)
