

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の共同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	
受付完了メール、発送完了メール配信のため、必ずご記入願います。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	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。		
所属機関			
部室課講座名			
住所 〒			
TEL			FAX

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.)

RIKEN BRC CELL BANK

(書式 C-0015-2)

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

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 バイオリソース研究センター
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.)