

## RIKEN BRC CELL BANK (書式 C-0016-1)

## 「研究用ヒト間葉系幹細胞株」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添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	
受付完了メール、発送完了メール配信のため、必ずご記入お願いします。☐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

HMS No.	細胞材料名	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。

研究課題名: \_\_\_\_\_

(「研究用ヒト間葉系幹細胞提供同意書」に記載)

締結済みのMTAの課題名、MTA番  
号をはご記入下さい。提供同意書(MTA) No. MM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50のうち、総数 \_\_\_\_\_ 件の提供  
を受けることとなります。

\*\*\*\*\*

〒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. )

# RIKEN BRC CELL BANK

(書式 C-0016-)

請求先氏名 ..... (英名) .....	<div data-bbox="724 517 1385 607" style="border: 1px solid red; padding: 5px;">         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。       </div>
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.                    )