

研究用ヒト臍帯血幹細胞・CD34陽性細胞提供依頼書

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

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	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

「研究用ヒト臍帯血幹細胞・CD34陽性細胞」

_____ 件の提供を希望します。(処理方法: HES、 Ficoll)

(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」に記載した研究課題名)

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)にお願いします。

*試料の供給に限りがあり、在庫切れとなる場合がありますので、予めご了承ください。

特記事項があれば以下にご記入願います。

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 バイオリソースセンター

細胞材料開発室

TEL : 029-836-3611

FAX : 029-836-9130

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. _____ : _____)

RIKEN BRC CELL BANK

(書式 C-0022-2)

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

依頼者氏名: _____

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 バイオリソースセンター

細胞材料開発室

TEL : 029-836-3611

FAX : 029-836-9130

理研記入

(受付日 年 月 日)

(受付番号)

(依頼者 User No.)

(請求先 User I:)

(MTA No. :)