

## 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 バイオリソース研究センター  
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 ..... (英名)	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為、必ずご記入をお願いします。□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 .....	
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)をお願いします。

\*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 バイオリソース研究センター

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) .....	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。
職名 .....	
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 バイオリソース研究センター

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. : )