

RIKEN BRC CELL BANK (書式 C-0038-1)

ヒトES細胞材料提供依頼書

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「ヒトES細胞分配同意書」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) 職名 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	送付先氏名 (英名) E-mail FAX
---	--------------------------------

依頼者と異なる場合はご記入下さい。

生物資源同意書の「利用者」と同じ方をご記入下さい。

各リソースの「Restriction」の記号をご記入下さい。

HES No.	細胞材料名	アンプル数	Restriction

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ヒトES 細胞分配同意書 (MTA) No. _____

RM _____

研究課題名: _____
(「ヒトES細胞分配同意書」に記載した研究課題名)
特記事項があれば以下にご記入願います。

すでにMTAを締結している場合はご記入下さい。

〒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-0038-2)

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.)