

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「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)	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)	依頼者と異なる場合はご 記入下さい。
職名		E-mail	
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 〒			各リソースの「Restriction」の記 号をご記入下さい。
TEL		FAX	

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-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.)