

RIKEN BRC CELL BANK (書式 C-0041-1)

ヒトiPS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)	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	
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	各リソースの「Restriction」の記 号をご記入下さい。

HPS 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：提供同意書 (MTA) No.

RM

研究課題名：

(「生物遺
特記事項があれば

この依頼書1部とこの同意書2部は、必ず
郵送して下さい。
FAXでは送らないで下さい。

すでにMTAを締結している場合はご
記入下さい。

* 「生物遺伝資源提供同意書」2部を郵送して下さい。到着後、正式受付となります。ただし、上記のMTAとリソース名、課題
名、利用者(機関・会社名、住所、研究責任者、機関長)が同一であれば提出の必要はございません。

** Restrictionが b, c または f の細胞は「提供承諾書」を添えてお申込下さい。

*** 「遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律」に該当する遺伝子組換え生物の場合は、
(1) 遺伝子組換え生物実験の実験承認番号、(2) 課題名、(3) 研究責任者、(4) 承認期間、並びに(5) 予定遺伝子組換え生物の記
載を確認できる所属機関長が発行した「遺伝子組換え実験承認書」もしくは「計画書」の写しをお送り下さい。

上記の事項が確認できない場合は、「遺伝子組換え生物の提供確認書」をご記入の上、お送り下さい。

〒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-0041-2)

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.)