

## RIKEN BRC CELL BANK (書式 C-0043-1)

## 後藤コレクション細胞提供依頼書

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	送付先氏名
(英名)	(英名)
職名	E-mail
受付完了メール、発送完了メール配信のため、必ずご記入お願いします。□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

GMC No.	細胞材料名	アンプル数

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：

(「後藤コレクション細胞提供同意書」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。

\*\*\*\*\*

- \* 「後藤コレクション細胞提供同意書」2部、「細胞材料提供承諾書」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。

\*\*\*\*\*

本状の送付先：	理研記入
〒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-0043-2)

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 No. )  
(MTA No. )