

RIKEN BRC CELL BANK

(書式 C-0043-1)

後藤コレクション細胞提供依頼書

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添の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。依頼者と異なる場合はご
記入下さい。

依頼者氏名 (英名)	送付先氏名 (英名)
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

生物資源同意書の「利用者」と同じ
方をご記入下さい。

GMC No.	細胞材料名	アンプル数
	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：
(「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)すでにMTAを締結している場合はご
記入下さい。

特記事項があれば以下にご記入願います。

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。*****
「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。

〒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-0043-2)

請求先氏名	
(英名)	
職名	
E-mail	
所属機関	
部室課講座名	
住所 〒	
TEL	FAX

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。

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	(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.)