

RIKEN BRC CELL BANK (書式 C-0046-1)

研究用ヒト臍帯血幹細胞・フィコール試料(小容量)提供依頼書

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

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
メールアドレスは必ずご記入下さい。 □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

「研究用ヒト臍帯血幹細胞・フィコール試料(小容量)」 _____ セットの提供を希望します。

性別	同ドナー4本	別々のドナー4本
男児	_____ セット	_____ セット
女児	_____ セット	_____ セット
指定しない	_____ セット	_____ セット
その他の希望 例:同ドナー2セット / 別々ドナー 男2本、女2本		

研究課題名: _____
(「研究用ヒト臍帯血幹細胞提供同意書」に記載した研究課題名)

提供同意書 (MTA) No. CM _____
今回の提供をもちまして、提供同意書に定められた提供上限件数 200のうち、
総数 _____ 件の提供を受けることとなります。(1セット 1件です。)

細胞材料開発室からの発送日は、

- 特に指定しません。
 _____ 年 月 日 (火曜日)にお願いします。

*試料の供給に限りがあり、在庫切れとなる場合がありますので、予めご了承ください。

特記事項があれば以下にご記入願います。)

*****)
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-0046-2)

請求先氏名	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。
(英名)	
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:	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. :)