

## RIKEN BRC CELL BANK

(書式 C-0201)

## マイコプラズマ検査依頼書

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 御中理研BRCより、提供を受けた細胞材料のマイコプラズマ検査をお願いいたします。  
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 |
| E-mail |        |
| 所属機関   |        |
| 部室課講座名 |        |
| 住所 〒   |        |
| TEL    | FAX    |

| 細胞材料No. | 細胞材料名 | 提供受付番号またはMTA No.* |
|---------|-------|-------------------|
|         |       |                   |
|         |       |                   |
|         |       |                   |
|         |       |                   |

\*不明の場合は、  
「不明」とご記入下さい。

\*\*\*\*\*

〒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. )