RIKEN　BRC　CELL　BANK　（書式 C-0012-1）

研究用ヒト臍帯血幹細胞提供依頼書

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。

依頼者氏名	送付先氏名
（英名）	（英名）
職名	E-mail
	□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」

＿＿＿＿＿件の提供を希望します。（処理方法：□HES、□Ficoll 、□その他（HES2回法）

（男児由来＿＿＿＿＿＿件、 女児由来 ＿＿＿＿＿＿件、 指定しない＿＿＿＿＿＿件）

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。

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：
〒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　E-mail:cellbank.brc@riken.jp
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.　　：　　）

RIKEN　BRC　CELL　BANK

（書式 C-0012-2）

請求先氏名	請求先が依頼者と異なる場合は
（英名）	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

****

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　E-mail:cellbank.brc@riken.jp
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 I:　　)
(MTA No.　　:　　)