

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。
支払い方法は(公費・校費、科研費、その他)です。

| | |
|---|---------------|
| 依頼者氏名 (英名) | 送付先氏名 (英名) |
| 職名 | E-mail |
| <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 |

「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)をお願いします。

*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 研究センター | (受付番号) |
| 細胞材料開発室 E-mail: cellbank.brc@riken.jp | (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-0012-2)

| | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 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: | 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 E-mail:cellbank.brc@riken.jp | (依頼者 User No.) |
| TEL : 029-836-3611 | (請求先 User I:) |
| FAX : 029-836-9130 | (MTA No. :) |