

RIKEN BRC CELL BANK

(書式 C-0015-1)

日本人由来不死化細胞株提供依頼書

申込日 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 依頼者	送付先 E-mail
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。
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。

HEV No.	アンプル数
.....
.....
.....
.....
.....

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. _____

EM _____

研究課題名： _____
(「日本人由来不死化細胞提供同意書」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。

- * 「日本人由来不死化細胞株提供同意書」2部を郵送して下さい。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 バイオリソース研究センター

(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-0015-2)

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
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

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.)