

RIKEN BRC CELL BANK (書式 C-0016-1)

「研究用ヒト間葉系幹細胞株」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添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)	生物資源同意書の「利用者」と同じ方をご記入下さい。	送付先氏名 (英名)	
職名		送付先	
依頼者		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	

HMS No.	細胞材料名	アンプル数
	発送日の指定がある場合はご記入下さい。 その場合は、発送予定表より選択して下さい。 発送日は、こちらからお知らせいたします。ご希望に添えない場合もございますがご了承下さい。	

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。

研究課題名: _____

(「研究用ヒト間葉系幹細胞提供同意書」に記載)

締結済みのMTAの課題名、MTA番号をご記入下さい。

提供同意書(MTA) No. MM _____

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50のうち、総数____件の提供を受けることとなります。

〒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.)

RIKEN BRC CELL BANK

(書式 C-0016-)

請求先氏名	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。
(英名)	
職名	
E-mail	
所属機関	
部室課講座名	
住所 〒	
TEL	FAX

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.)