

## RIKEN BRC CELL BANK (書式 C-0023-1)

## 園田・田島コレクション細胞提供依頼書

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の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 E-mail	
依頼者		<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	

HSC 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。

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： \_\_\_\_\_  
(「園田・田島コレクション細胞提供同意書」に記載した研究課題  
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。

\*\*\*\*\*

「園田・田島コレクション細胞提供同意書」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

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-0023-2)

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. )