

RIKEN BRC CELL BANK (書式 C-0038-1)

ヒトES細胞材料提供依頼書

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ヒトES細胞分配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。

Form with fields: 依頼者氏名(英名), 職名, 依頼者, E-mail, 所属機関, 部室課講座名, 住所 〒, TEL, FAX, 送付先氏名(英名), 送付先 E-mail. Includes a note about email newsletters.

Table with 3 columns: HES No., 細胞材料名, アンプル数. Includes a note about shipping dates.

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ヒトES 細胞分配同意書 (MTA) No. RM

研究課題名: (「ヒトES細胞分配同意書」に記載した研究課題名)

特記事項があれば以下にご記入願います。

すでにMTAを締結している場
合はご記入下さい。

〒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-0038-2)

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.)