20180822

RIKEN　BRC　CELL　BANK　（書式 C-0046-1）

研究用ヒト臍帯血幹細胞・フィコール試料(小容量)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。

依頼者氏名	送付先氏名
(英名)	(英名)
職名	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

「研究用ヒト臍帯血幹細胞・フィコール試料(小容量)」 _____ セットの提供を希望します。

性別	同一ドナー4本	別々のドナー4本
男児	_____ セット	_____ セット
女児	_____ セット	_____ セット
指定しない	_____ セット	_____ セット

その他の希望　例：同一ドナー2セット / 別々ドナー　男2本、女2本

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。(1セット　1件です。)

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)にお願いします。

*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：
〒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　E-mail:cellbank.brc@riken.jp
TEL　：　029-836-3611
FAX　：　029-836-9130

理研記入
(受付日　　年　　月　　日　)
(受付番号　　)
(依頼者 User No.　　)
(請求先 User No.　：　　)
(MTA No.　：　　)

20180822

RIKEN　BRC　CELL　BANK

（書式 C-0046-2）

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

****

本状の送付先:
〒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　E-mail:cellbank.brc@riken.jp
TEL ：　029-836-3611
FAX ：　029-836-9130

理研記入
（受付日　　年　　月　　日　）
（受付番号　　）
（依頼者 User No.　　）
（請求先 User No.　：　　）
（MTA No.　　：　　）