

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

下記の細胞を

生物資源同意書の「利用者」欄に記載のある方をご記入下さい。

別紙提供同意書記載

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 <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	建物名、部屋番号もご記入ください。
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 _____
 総数 _____ 件の提供を受けることとなります。(ヒトドナー提供) _____

既に締結しているMTAの研究課題名と MTA No.をご記入下さい。

細胞材料開発室からの発送日は、

特に指定しません。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 (火曜日) をお願いします。

*試料の供給に限りがあり、在庫切れとなる場合

特記事項があれば以下にご記入願います。

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。
 ご要望に添えない場合もございます。
 予めご了承下さい。

本状の送付先:

〒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 E-mail : cellbank.brc@riken.jp (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-0046-2)

請求先氏名 (英名)	<div style="border: 1px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 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。 </div>
職名	
E-mail	
所属機関	
部室課講座名	
住所 〒	
TEL	FAX

*****)

本状の送付先: 理研記入)

〒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 E-mail : cellbank.brc@riken.jp (依頼者 User No.))

TEL : 029-836-3611 (請求先 User No. :))

FAX : 029-836-9130 (MTA No. :))