

## RIKEN BRC CELL BANK (書式 C-0060-1)

## 研究用ヒト臍帯血幹細胞・フィコール試料(大容量)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

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」記載項目を

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
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。
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(大容量)」

\_\_\_\_\_ 件の提供を希望します。

(男児由来 \_\_\_\_\_ 件、 女児由来 \_\_\_\_\_ 件、 指定しない \_\_\_\_\_ 件)

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

提供同意書 (MTA) No. CM \_\_\_\_\_

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。

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。

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があります。

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-0060-2)

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	

\*\*\*\*\*

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. : )