

## RIKEN BRC CELL BANK

(書式 C-020)

## マイコプラズマ検査依頼書

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

理研BRCより、提供を受けた細胞材料のマイコプラズマ検査をお願いいたします。  
支払い方法は（公費・校費、科研費、その他）です。

依頼者氏名	送付先氏名
(英名)	(英名)
職名	E-mail
E-mail	
所属機関	
部室課講座名	
住所 〒	
TEL	FAX

細胞材料No.	細胞材料名	提供受付番号またはMTA No.*

\*不明の場合は、  
「不明」とご記入下さい。

\*\*\*\*\*

〒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. )