

— 遺伝的モニタリング依頼書 —

(生化学的・免疫遺伝学的標識遺伝子による遺伝背景検査)

(見積書 発注)

年 月 日 ()

1. 検体到着日 年 月 日 ()

2. ご依頼者 氏名 _____
 所属 _____
 所在地 〒 _____
 TEL: _____ FAX: _____
 e-mail: _____

3. 料金請求先 請求先および請求書送付先が依頼者と異なる場合、「ご要望事項」欄にご記入下さい。

4. 検体情報* マウス ラット *別途書類を添付して下さいでも結構です。

系統名 _____ 雌 _____ 匹 _____ 雄 _____ 匹 _____

個体識別 (必要であれば記入)	性別	週齢	世代数
1. _____	♀・♂	_____ W	_____
2. _____	♀・♂	_____ W	_____
3. _____	♀・♂	_____ W	_____
4. _____	♀・♂	_____ W	_____
5. _____	♀・♂	_____ W	_____
6. _____	♀・♂	_____ W	_____

5. 検査内容 検査 I-1 (全項目検査)
 検査 I-2 (モニタリング検査)
 検査 I-3 (クリティカルサブセット検査)
 検査 I-4 (遺伝子頻度検査)
 検査 I-5 (単項目検査) *以下の項目の中からご希望の項目をお選び下さい

マウス : *Akp1 Car2 Es1 Es2 Es3 Es10 Glo1 G6pd1(Gpd1) Gpi1 Hba Hbb Idh1 Ldr1*
Mod1 Mup1 Pnp(Np1) Pep3 Pgm1 Trf C3 Hc H2-D H2-K IghC CD5(Ly1) CD8a(Ly2)
CD8b(Ly3) Thy1

ラット : *Acon1 Alp(Akp1) Alpi(Alp1) Amy1 Es1 Es2 Es3 Es4 Es6 Es7 Es8 Es9 Es10*
Es14 Fh1 Gc Hbb Mup1 Svp1 RT1-A(RT1)

6. ご要望事項

ICLAS MONITORING CENTER

— 遺伝背景検査依頼書 —

(マイクロサテライトマーカー)

(見積書 発注)

年 月 日 ()

1. 検体到着日 年 月 日 ()

2. ご依頼者 氏名 _____

所属 _____

所在地〒 _____

TEL: _____ FAX: _____

e-mail: _____

3. 料金請求先 請求先および請求書送付先が依頼者と異なる場合、「ご要望事項」欄にご記入下さい。

4. 検体情報* マウス ラット *別途書類を添付して下さいでも結構です。

系統名 _____ 雌 匹 雄 匹

No. 1 DNA 尾 耳片 その他 ()

No. 2 DNA 尾 耳片 その他 ()

No. 3 DNA 尾 耳片 その他 ()

No. 4 DNA 尾 耳片 その他 ()

No. 5 DNA 尾 耳片 その他 ()

No. 6 DNA 尾 耳片 その他 ()

5. 検査内容 検査Ⅱ-1 (遺伝的プロファイル作成)

検査Ⅱ-2 (遺伝子頻度検査)

6. ご要望事項

(財)実験動物中央研究所 ICLASモニタリングセンター遺伝検査部

〒216-0001 神奈川県川崎市宮前区野川1430

Tel:044-754-4470 Fax:044-754-4476 e-mail:monigene@ciea.or.jp HP: <http://www.iclasmonic.jp/>

ICLAS MONITORING CENTER
—スピードコンジェニック遺伝解析依頼書—

(見積書 発注)

年 月 日 ()

1. 検体到着日 年 月 日 ()
2. ご依頼者 氏名 _____
所属 _____
所在地 〒 _____
TEL: _____ FAX: _____
e-mail: _____
3. 料金請求先 請求先および請求書送付先が依頼者と異なる場合、「ご要望事項」欄にご記入下さい。
4. 系統名 _____
5. 遺伝背景 ドナー系統 _____
レシピエント系統 _____
6. 目的遺伝子 Tg K0 mutant その他 ()
7. 世代 N2 N3 N4 N5 その他 ()
8. 解析匹数 ♂ _____ 匹 ♀ _____ 匹
9. サンプル DNA 尾 耳片 その他 ()
10. ご要望事項

ICLAS MONITORING CENTER
—FISH 法による遺伝子マッピング依頼書—

(見積書 発注)

年 月 日 ()

1. 検体到着日 年 月 日 ()

2. ご依頼者 氏名 _____

所属 _____

所在地 〒 _____

TEL: _____ FAX: _____

e-mail: _____

3. 料金請求先 請求先および請求書送付先が依頼者と異なる場合、「ご要望事項」欄にご記入下さい。

4. 検体情報 マウス ラット その他 ()

系統名 _____ homo・hetero

検体数 _____ 導入遺伝子コピー数 _____ (推定で結構です)

5. プローブ 名称 _____

プローブDNA genomic DNA cDNA ※ベクターに組み込まれた状態でお送りください。

由来生物種 マウス ラット ヒト その他 ()

ベクター名 _____ 挿入サイズ _____ kb

挿入サイト _____ DNA 濃度 _____ $\mu\text{g}/\mu\text{l}$

6. プローブコンストラクト (簡単な制限酵素地図) *別途書類を添付して下さいでも結構です。

7. ご要望事項

(財)実験動物中央研究所 ICLASモニタリングセンター遺伝検査部

〒216-0001 神奈川県川崎市宮前区野川1430

Tel:044-754-4470 Fax:044-754-4476 e-mail:monigene@ciea.or.jp HP: <http://www.iclasmonic.jp/>

ICLAS MONITORING CENTER
— 染色体検査依頼書（動物用） —
（ 見積書 発注 ）

年 月 日（ ）

1. 検体到着日 年 月 日（ ）
2. ご依頼者 氏名 _____
所属 _____
所在地〒 _____
TEL: _____ FAX: _____
e-mail: _____
3. 料金請求先 請求先および請求書送付先が依頼者と異なる場合、「ご要望事項」欄にご記入下さい。
4. 検査内容 染色体本数検査 核型分析検査A* 核型分析検査B**
* 骨髄から染色体標本を作製し検査 ** 脾臓培養細胞から染色体標本を作製し検査
5. 検体情報 マウス ラット
系統名 _____ ♂ ♀ 週齢 _____
6. 画像添付* * 分裂中期像をお申し込みの方のみご記入ください。核型分析検査では報告書に分裂中期像および核型像が添付されます。
希望する 希望しない
送付方法：郵送 e-mail
7. ご要望事項

ICLAS MONITORING CENTER
— 染色体検査依頼書（細胞株用） —
(見積書 発注)

年 月 日 ()

1. 検体到着日 年 月 日 ()
2. ご依頼者 氏名 _____
所属 _____
所在地 〒 _____
TEL: _____ FAX: _____
e-mail: _____
3. 料金請求先 請求先および請求書送付先が依頼者と異なる場合、「ご要望事項」欄にご記入下さい。
4. 検査内容 染色体本数検査 核型分析検査
5. 検体情報 動物種 _____ 由来組織 _____
株名 1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____
使用培地 _____
培養方法* _____

*ご依頼の細胞株について、増殖の速度、継代方法（継代時の細胞数もしくは希釈倍率、接着系細胞の場合は細胞剥離に使用する試薬等）またその他の注意事項をご記入下さい。別に書類を添付して下さいでも結構です。

培養条件 浮遊系 接着系 フィーダー細胞あり フィーダー細胞なし

送付方法 凍結 細胞数 _____ cells 培養中

6. 画像添付 希望する 希望しない
種類: 細胞培養像 分裂中期像*

*核型分析検査では報告書に分裂中期像および核型像が添付されます。

送付方法: 郵送 e-mail

7. ご要望事項

(財)実験動物中央研究所 ICLASモニタリングセンター遺伝検査部

〒216-0001 神奈川県川崎市宮前区野川1430

Tel:044-754-4470 Fax:044-754-4476 e-mail:monigene@ciea.or.jp HP: <http://www.iclasmonic.jp/>

-トランスジェニック個体遺伝子型判定サービス依頼書-

(見積書 発注)

年 月 日 ()

1. 検体到着日 年 月 日 ()
2. ご依頼者 氏名 _____
所属 _____
所在地 〒 _____
TEL: _____ FAX: _____
e-mail: _____
3. 料金請求先 請求先および請求書送付先が依頼者と異なる場合、「ご要望事項欄」にご記入下さい。
4. 動物情報 系統名 _____ マウス ラット
導入遺伝子コピー数 _____ (推定で結構です)
解析匹数 _____ 匹
5. プローブ 名称 _____
由来生物種 マウス ラット ヒト その他 ()
DNA source genomic DNA cDNA
ベクター名 _____ Ig サイズ _____ kb
挿入サイト _____ DNA 濃度 _____ $\mu\text{g}/\mu\text{l}$
6. プローブコンストラクト (簡単な制限酵素地図) *別途書類を添付して下さいでも結構です。

7. ご要望事項