

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