

検査番号: _____

ICLASモニタリングセンター 遺伝背景検査依頼書

検査II-2, II-3 (STRマーカーを用いた遺伝的背景検査)

(見積書 発注)

年 月 日 ()

1. 検体到着日 年 月 日 ()
2. ご依頼者 氏名 _____
所属施設名 _____
所属部署名 _____
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. 検査依頼 新規 継続
(継続の場合のみ) 前回検査番号* _____ *わかる場合のみで結構です。
5. 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 _____ ♀ 匹 ♂ 匹
6. サンプル DNA 尾 耳片 その他 ()
7. 検査内容 遺伝的プロファイル作成
 遺伝子頻度検査
8. ご要望事項

(公財)実験動物中央研究所 ICLASモニタリングセンター 遺伝検査室

〒210-0821 神奈川県川崎市川崎区殿町3丁目25番12

Tel:044-201-8525 Fax:044-201-8526 e-mail:monigene@ciea.or.jp HP: <http://www.iclasmonic.jp/>