

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-1 (スピードコンジェニックマウス検査)

(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 系統名 _____
6. 遺伝背景の置換え
_____ 系統 (ドナー) から _____ 系統 (レシピエント) へ
7. Reference検体の有無 (新規依頼分のみ記載してください)
有 系統名 _____ 無 (弊所保有のデータと比較)
8. 目的遺伝子 Tg K0 mutant その他 ()
9. 世代 N2 N3 N4 N5 その他 ()
10. 解析匹数 ♂ _____ 匹 ♀ _____ 匹
11. サンプル DNA 尾 耳片 その他 ()
12. 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/>