

依頼番号

ICLAS モニタリングセンター 再生医療用細胞非臨床安全性試験 依頼書

ご依頼日: 年 月 日 () 検体到着日: 年 月 日 ()

ご依頼者施設名:

ご依頼者名:

所在地: 〒

TEL:

FAX:

必要事項をご記入し、該当箇所にはチェックをお付けください。

検体数: 検体

生物種 ヒト*1 マウス その他()遺伝子組み換え: 有*2 無輸送・保管温度: 2-8℃ -70 度以下 液体窒素個体識別の有無: 有 無

*1: ヒト生体試料を提供いただく場合は、次頁の内容を確認の上チェックを付け署名したものを提出してください。(ヒト生体試料とは、人由来の組織、細胞、血液、体液、排泄物およびこれらから抽出した DNA 等を指します。但し、既に学術的な価値が定まり、研究用として広く利用されており、かつ、一般に入手可能な試料は含みません。)

*2: 遺伝子組み換えがある場合は微生物学および遺伝学的検査のための遺伝子組換え動物の受入れ依頼書をご提出ください。

検査項目(ご依頼の項目に○してください。)

↓ 記入欄

左記以外の項目をご希望の場合、下欄にご記入ください。

| | |
|--|--|
| Hepatitis B virus (HBV) | |
| Hepatitis C virus (HCV) | |
| Human Immunodeficiency virus 1 (HIV-1) | |
| Human T-lymphotropic virus 1 (HTLV-1) | |
| <i>Treponema pallidum</i> (梅毒菌) | |
| BK polyomavirus | |
| Epstein-Barr virus(EBV) | |
| Human cytomegalovirus | |
| Human Immunodeficiency virus 2 (HIV-2) | |
| JC polyoma virus | |
| Parvovirus B19 | |
| Human T-lymphotropic virus 2 (HTLV-2) | |
| SARS-CoV-2 *3 | |
| Human adenovirus | |

| | |
|--|-----|
| Human herpes simplex virus 1 | |
| Human herpes simplex virus 2 | |
| Human herpesvirus 6 | |
| Human herpesvirus 7 | |
| Human herpesvirus 8 (Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus) | |
| Human papillomavirus type 16 | |
| Human papillomavirus type 18 | |
| Human papillomavirus type 31 | |
| Varicella zoster virus | |
| West Nile Virus | |
| Mycoplasma 否定試験 | |
| エンドトキシン試験 | |
| 造腫瘍性試験 | 要相談 |

無菌検査(直接法)

TGC 培地 & SCD 培地

無菌検査(直接法+適合性試験)

無菌検査+培地性能試験+手法適合性試験

*3: ヒト臨床材料での SARS-CoV-2 はお受けできません。

PCR の情報は開示致しかねます。

備考

1. ヒト臨床検体とその取り扱いについて

弊所では検査実施にあたり、取り扱い可能な検体であることを確認させて頂き、必要に応じユーザー様に微生物等の感染性を消失させるための不活化処理をお願いしております。

ユーザー様による不活化処理が必要な検体：

- (1) [国立感染症研究所病原体安全管理規定](#)に準じて、その病原性レベルがレベル 3 以上の微生物に感染している、または感染の疑いのある患者由来の検体。

2. 生命倫理上の取り扱い

検査に供されるヒト由来の生体試料が、令和 3 年 6 月 30 日施行の「[人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針](#)」に従い、提供されたものであることが必要です。ただし、一般に入手可能な組織、細胞等、既に学術的な価値が定まっている試料は含みません。

上記内容に関し、確認・実施した上で依頼いたします。

(チェックをして下さい)

ご所属名： _____

お名前（自署）： _____

ご連絡先： _____

ご記入日： _____