

検査番号： \_\_\_\_\_

## ICLASモニタリングセンター 遺伝モニタリング依頼書

検査I-3 SNPマーカーを用いたC57BL/6マウスの亜系統解析検査

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. 検体情報と 女 \_\_\_\_\_ 匹 男 \_\_\_\_\_ 匹 合計 \_\_\_\_\_ 匹

検査内容  DNA  尾  耳片  その他 \_\_\_\_\_

全項目 (8 SNPs + *Nnt*, *Crb1*, *Cyfip2*)

8 SNPsのみ

オプション検査

*Nnt*

*Crb1*

*Cyfip2*

検体名

特記事項 (SNPの単項目検査をご希望の場合はマーカー名をご記載ください)

1: \_\_\_\_\_

2: \_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_

4: \_\_\_\_\_

5: \_\_\_\_\_

6: \_\_\_\_\_

7: \_\_\_\_\_

8: \_\_\_\_\_

9: \_\_\_\_\_

10: \_\_\_\_\_

6. ご要望事項