

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Ⅱ-1：SNPマーカーを用いたマウス・ラットの遺伝子頻度検査

検査Ⅱ-2：STRマーカーを用いたマウス・ラットの遺伝子頻度検査

☐ 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

系統名 \_\_\_\_\_

各検体の名前は別紙「検体一覧表」にご記載ください。

6. 解析匹数 ♀ \_\_\_\_\_ 匹 ♂ \_\_\_\_\_ 匹 合計 \_\_\_\_\_ 匹

7. サンプル ☐ DNA ☐ 尾 ☐ 耳片 ☐ その他 \_\_\_\_\_

8. 検査内容 ☐ SNPマーカーを用いたマウス・ラットの遺伝子頻度検査 (8 SNPs)  
☐ SNPマーカーを用いたマウス・ラットの遺伝子頻度検査 (16 SNPs)  
☐ SNPマーカーを用いたマウス・ラットの遺伝子頻度検査 (マーカー指定†)  
☐ STRマーカーを用いたマウス・ラットの遺伝子頻度検査 (8 STR)  
☐ STRマーカーを用いたマウス・ラットの遺伝子頻度検査 (16 STR)  
☐ STRマーカーを用いたマウス・ラットの遺伝子頻度検査 (マーカー指定†)

† 詳細はご要望欄にご記載ください。

9. ご要望事項

公益財団法人実中研 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@ciem.or.jp HP: <https://www.iclasmonic.jp/>

検査番号：

施設名：

No.	検体名	性別 (♀/♂)	特記事項
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

検査番号：

施設名：

No.	検体名	性別 (♀/♂)	特記事項
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

検査番号：

施設名：

No.	検体名	性別 (♀/♂)	特記事項
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			

検査番号：

施設名：

No.	検体名	性別 (♀/♂)	特記事項
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			

検査番号：

施設名：

No.	検体名	性別 (♀/♂)	特記事項
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			