

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V-1：SNPマーカーを用いた近交系マウスの簡易系統検査

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

♀	匹	♂	匹	合計	匹
<input type="checkbox"/> DNA	<input type="checkbox"/> 尾	<input type="checkbox"/> 耳片	<input type="checkbox"/> その他	_____	_____
検体名				特記事項	
1:	_____	_____	_____	_____	_____
2:	_____	_____	_____	_____	_____
3:	_____	_____	_____	_____	_____
4:	_____	_____	_____	_____	_____
5:	_____	_____	_____	_____	_____
6:	_____	_____	_____	_____	_____
7:	_____	_____	_____	_____	_____
8:	_____	_____	_____	_____	_____
9:	_____	_____	_____	_____	_____
10:	_____	_____	_____	_____	_____
11:	_____	_____	_____	_____	_____
12:	_____	_____	_____	_____	_____

6. ご要望事項