

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

DNA 尾 耳片 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

-------	--