

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

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/>